COUNTWAY LIBRARY
HC 52CH M

28.D.326.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

# CLINICA

DE

# ENFERMEDADES DE LOS OJOS

# CLÍNICA

DE LAS

# ENFERMEDADES DE LOS OJOS

COLECCIÓN

DE ARTÍCULOS Y MEMORIAS SOBRE OFTALMOLOGÍA

POR

D.r J. SANTOS FERNANDES

PARÍS

TIPOGRAFÍA DE C. GOUPY Y KOENIGA

71, RUE DE RENNES, 71

1870

648

# CLINICA

DE

# ENFERMEDADES DE LOS OJOS

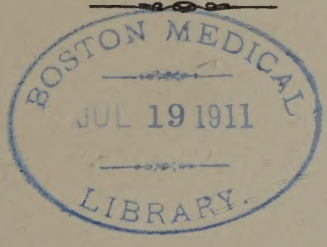
COLECCION

DE ARTICULOS Y MEMORIAS SOBRE OFTALMOLOGIA

DEL

**Dr. J. SANTOS FERNANDEZ**

MIEMBRO NUMERARIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA




PARIS

TYPOGRAPHIA DE V. GOUPY Y JOURDAN

74, RUE DE RENNES, 74

1879

6421
28.D.326.

EL AUTOR

DEDICA ESTA OBRA

A SU EMINENTE COFRADE Y AMIGO

EL DOCTOR GALEZOWSKI.

# PROLOGO

En la época presente en que la oftalmologia hace tan grandes y rapidos progresos, en que los adelantos de la anatomia patologica y las esperiencias fisiologicas tienden à iluminar los puntos desconocidos de la patogenia, conviene no olvidar que al ládo de estos bellos y útiles trabajos, el estudio clinico quedarà siempre como una de las mas bellas y mas interesantes de las ramas médicas. La clinica es quien nos enseña la marcha y la duracion de la enfermedad, y como ha dicho muy justamente Trousseau, conocer la marcha natural de las enfermedades, es mas de la mitad de la medicina.

Et Doctor Santos Fernandes, con la publicacion de *su clinica sobre las enfermedades de los ojos*, ha hecho incontestablemente à la ciencia un muy grande y verdadero servicio, y las cuestiones que ha tratado serviran à esclarecer muchos puntos de la patologia ocular.

La fievre intermitente no es rara en la Habana, y es importante saber que las alteraciones visuales que sobrevienen bajo la influencia de este estado morbido, curan facilmente por medio del sulfato de quinina como lo atestan los hechos tomados de los autores y las observaciones personales de nuestro eminente cofrade.

La intoxicacion alcoolica trae tan frecuentemente en la Habana, como en los paises de Europa, las ambliopias y atrofias alcoolicas de las papilas. Mas de 60 enfermos han sido tratados, por nuestro distinguido colega, de esta afeccion desde el mes de Marzo de 1875 hasta el mes de Junio de 1876, lo que constituye una proporcion considerable.

Nuestro eminente cofrade consagra una gran parte

de su clinica à la cirujia ocular y recomienda con razon, la escision del fondo del saco conjuntival en las granulaciones palpebrales. Habla tambien de la dislocacion ó depresion accidental del cristalino durante la extraccion de la catarata y del buen resultado de estas operaciones. Ciertamente los accidentes de este genero no son frecuentes; pero bueno es saber que aun cuando ocurren, la vision puede restablecerse de un modo bastante satisfactorio.

El autor ha llamado la atencion de los practicos sobre dos cuestiones que presentan incontestablemente un inmenso interes: que son, el uso del Cloroformo en las operaciones de la Catarata, y la instilacion de la Eserina despues de la operacion. Sin recomendar de un modo absoluto el Cloroformo, el Doctor Santos Fernandes lo recomienda para ciertos operados, teniendo cuidado: 1° de estudiar el estado general del paciente, 2° de estar seguro de la pureza del Cloroformo; 3° de tener cuidado de observar el pulso y la respiracion durante la administracion del anestesico. Conformandose con estas indicaciones, se puede estar seguro de la inocuidad de este anestesico.

El empleo de la Eserina despues de la operacion de la catarata es útil recomendarlo, pues impide la hernia de las dos estremidades del iris escindido y sirve en cierto modo de antiflojistico.

Seria muy largo enumerar todo lo que se halla de útil y de practico en este tomo. Es preciso leerlo desde el principio hasta el fin, que es lo que recomendamos, particularmente à todos los que quieran agregar à sus propios conocimientos los resultados de la observacion y de la experiencia de mi eminente colega y amigo, el Doctor Santos Fernandes.

Paris, 25 de Diciembre de 1879.

GALEZOWSKI.

# PREFACIO

Reunir en un solo volúmen los mas importantes trabajos del Dr Santos Fernandez y dar á conocer en conjunto los resultados de su Clínica de enfermedades de los ojos establecida hace cuatro años en la Habana es el objeto que nos hemos propuesto al emprender la presente publicacion.

Como pódra verse en las páginas que siguen no guardan entre si mas relacion que el estudio de casos observados y comentados bajo el punto de vista clínico ; por eso no hemos dudado poner por titulo á este volúmen « Clínica de enfermedades de los ojos. »

Ademas del carácter práctico que en este concepto encierra tiene otro de no menor importancia y es el haber sido inspirados en observaciones recogidas en la Isla de Cuba cuyas condiciones especiales de localidad imprimen á su patologia un sello particular en su modo de ser que les dá caracteres propios. No son muchos, sin embargo las publicaciones que entre nosotros tengan este objeto, como lo consigna el Dr F. Rodriguez al

contestar al Dr S. Fernandez en su oracion inaugural de la Academia de Ciencias (1) dondedice : « Si por esta misma via se encaminaran todos los prácticos de seguro que nuestra patologia estaria mas adelantada y no habria tantas lagunas por llenar ni tanto campo por esplorar, porque es preciso confesarlo, estamos pobres, muy pobres en este sentido y son muy contados los trabajos que en él pudiéramos señalar. En este el Dr Santos Fernandez despierta el interés porque estamos persuadidos de que muchos seguirán su ejemplo. El ha comprendido perfectamente la consigna de los tiempos y la ha seguido ; y su memoria será un centro al rededor de la cual se agruparan otras numerosas ya en el mismo sentido, ya en otros diferentes. Ella hace ver que el papel de la época presente está deslindado que es necesario acumular hechos, muchísimos hechos ; y esta obra es lo que tienen que llevar á cabo los trabajadores perseverantes, asiduos é incansables. »

La mayor parte de estos articules han aparecedo en la *Crónica Medico-Quirúrgica de la Habana* desde su fundacion en 1875. Todos han sído revisados ó aumentados y algunos modificados detal mañera que sin alterar su significacion anterior conservan el sello de originalidad que á casi todos distingue. En algunos de estos últimos

(1) *Anales de la Academia de Ciencas médicas de la Habana.* Sesion del 14 de Mayo de 1876.

y en los que ven la luz por primera vez el Dr E. Arias Gago ha tomado á su cargo la redaccion de las observaciones prestándonos generosamente su concurso en este trabajó.

Si con este trabajo logramos dar á conocer los adelantos que la oftalmologia ha hecho entre nosotros y las variantes que en nuestro pais pudieran observarse en los afecciones de los ojos nuestros esfuerzos habran obtenído su mejor recompensa y nos consideraremos dechosos si el Dr Santos vé en ellos una nuestra del reconocimiento que le debemos por la benévola acogida que siempre nos ha dispensado.

Dr E. Paz. D. L. Madan.

BOSTON MEDICAL
JUL 19 1911
LIBRARY

# CAPITULO PRIMERO

## Trastornos del aparato de la vision en las fiebres paludeas

*Y accidentes á que puede dar lugar su ineludible tratamiento por el sulfato de quinina.*

---

### I.

El miasma palúdeo es un proteo que se deja sentir, sin escepcion, en todos los órganos y aparatos de la economía. El bazo y el hígado son con más frecuencia los puntos de eleccion para dejar trazas de su paso por el organismo; pero ni el aparato digestivo, propiamente dicho, ni el respiratorio, ni el sistema nervosio escapan á su deletérea accion.

De los sentidos, el de la audicion es el que parece haber sido afectado con más frecuencia, segun las observaciones de Torti (1) y Duboué (2). El de la vista cuya íntima relacion con los demás órganos es incontestable, no podía pasar desapercibido á la infeccion miasmática, así es que en la obra de Ozanam (3) se describe una forma particular de fiebre perniciosa que se manifestaba

(1) *Therapeutique speciales ad febres periodicas perniciosas*, t. 2°, 1821.

(2) *De l'impaludisme*, par le Dr. Duboué de Pau. Pág. 184. Paris, 1867.

(3) *Hist. med. des mal. epidem.* Tomo 2°, página 89.

por síntomas amauróticos. Vaca Berlinghieri, en su obra titulada : *Saggio intorno alle principali é piu freguente malattie del corpo umano*, tiene una observacion de una doble terciana perniciosa en que la amaurósis señalaba los accesos y desaparecía en el paroxismo. Tambien Morand en 1729 observó lo mismo. Más reciente, en 1867, Duboué la señala aunque de una manera incompleta y se expresa así : « Yo creo haber observado dos casos de congestion de la coroides dependientes del paludismo, » pero á continuacion añade : « aunque la diátesis palúdea me pareció evidente en estos dos casos, debo hacer gran reserva sobre el diagnóstico local por cuanto no practiqué el exámen al oftalmoscopio, y estoy poco familiarizado con este instrumento, cuyo empleo hubiera dado lugar á un juicio cierto. Por otra parte los trastornos de la vision que noté en estos dos casos, desaparecieron expontáneamente sin que se me hubiera ocurido administrar la quinina, porque no tenía del páludismo la idea que he adquirido despues; mas si dí esta interpretacion á los dos casos citados, fué porque más tarde ví en estos mismos individuos nuevas invasiones de paludismo; » termina manifestando haber observado un caso de alucinacion de la vista, cuya etiología palúdea no dejaba duda.

Es indispensable descender hasta 1872 (1) para encontrar la primera observacion debida á los Dres. Gueneau de Mussy y Galezowski en que no nos quede duda de la influencia ejercida por el miasma palúdeo en el órgano de la vision. Posteriormente Gale-

(1) *Journal d'ophthalmologie* du Dr. Galezouski. Paris, 1872, página 5.— Gueneau de Mussy, *Clinique medicale*, tomo I, página 138.

zowski (1) ha observado otros casos de manifestaciones oculares del paludismo en los fiebres intermitentes regulares que clasifica de neu ritis y una especie de retínitis apoplética y exudativa con infiltracion serosa perípapilar.

M. Panas (2) señala entre las causas de la neuroretinitis que acompaña á las afecciones agudas, las fiebres paludeas y recomienda su tratamiento por la quinina.

Con el nombre de retino-coroïditis paludicas Poncet (3) de Cluny ha descrito las lesiones de la retina y coroídes que se presentan en las afecciones paludeas observadas con el oftalmoscopio y comprobadas histologicamente; consistentes en un edema perípapilar, neuritis óptica con eminencia y tinte gris oscuro de la papila, hemorragias retinianas punteadas en la periferia y mas grandes en el polo posterior del ojo.

En dicho tratajo encontramos ademas los datos siguientes. « La bibliografia tan completa de Nagel contiene pocos documentos relativos á este estudio. El compendio de Sœmich y Grœfe da dos indicaciones principales: Leber en *ses maladies de la rétine et du nerf optique* se ocupa de la amaurosis por fiebre intermitente. Espone sumariámente esta afeccion segun las observaciones de Hildebrand (1821). Testelin y Stœber. Mas tarde, los exámenes oftalmoscopicos practicados en esta close de amaurosis por Datzman (1870) y Konigstein (1875) no han dado mas que resultados negativos.

(1) *Atlas d'ophthalmoscopie*, 1877.
(2) Panas, *Leçons sur les rétinites.*
(3) *Annales d'Oculistique*, mai et juin 1878.

Por lo que hace á la ambliopia permanente considerada como una fiebre intermitente larvada Leber la refiere á una neurosis refleja cuyo punto de partida estaria en el trigémino. Jacobi (Grœfé's Archiw) demostró en un caso de este género curado en cuatro semanas por la quinina, un alto grado de neuritis con edema de la papila y una agudeza de 12/20. Leber hace notar que la caquexia palúdea se acompaña frecuentemente de edema y albuminuria, y que es un hecho que en muchos casos la retinitis albuminúrica es consecutiva á los fiebres intermitentes. Nuestras observaciones tomados en Argelia confirman esta asercion del oftalmólogo de Gœtinga. »

Trousseau (1) decía que la fiebre larvada se caracterizaba casi siempre por tres elementos : dolor, fluxion y flujo; y si alguna vez faltaba el primero, rara vez los segundos. He aquí cómo se expresa : « La enferma número 17 de la sala de San Bernardo, nos ofrece hoy uno de los tipos más comunes (de fiebre larvada). Esta enferma, de 26 años de edad, nos refiere que hace cuatro años y medio próximamente despues del nacimiento de su primer niño á quien lactaba, fué atacada de una neuralgia facial que afectaba particularmente el ojo, el cual á cada crísis de dolor, se congestionaba, terminando por dar salida á gran cantidad de lágrimas. Esto se repetía con regularidad cada tres dias, anunciándose con frio, aumentando en el período de calor para empezar á ceder con el sudor hasta desaparecer á las pocas horas. Este primer ataque neurálgico se resistió por largo tiempo á

(1) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, tomo 3°, página 472.

un tratamiento enérgico, terminando por curarse. Hace tres meses se repitieron los mismos accidentes en circunstancias análogas, es decir, despues de un parto y durante la lactancia del niño, con la sola diferencia que la neuralgia en vez de ser suborbitaria pasó á ser occipital. En el primer ataque se vé existieron los tres elementos : el dolor ocupando una de las ramas del quinto par, la fluxion en la region de la conjuntiva simulando una oftalmia y el flujo en la abundante secrecion de lágrimas.

Gueneau de Mussy al dar cuenta de la observacion suya á que nos referimos y que transcribiremos á continuacion, dice : « Esta observacion es interessante por la localizacion de la fluxion congestiva en el órgano de la vision y yo no conozco otro ejemplo análogo (1). »

### Observacion I.

M. T., alumno de la Escuela Normal Superior, de 22 años de edad, de buena constitucion y sin haber nunca sufrido fiebres intermitentes, á pesar de ser originario de un pais pantanoso, en las cercanías de Orleans, recuerda que en los últimos dias de vacantes se habia paseado por las tardes en una pradera donde habia pantanos y experimentado una sensacion ligera de frio húmedo. El 23 de Octubre de 1869 ingresó en la enfermería del establecimiento quejándose de dolores de cabeza violentos que duraron algunos dias é iban acompañados de náuseas y vómitos, falta de apetito, lengua saburral y constipacion de vientre. El Dr. Gueneau de Mussy le ordenó un purgante y los amargos; pero no consiguiendo que desaparecieran los dolores de cabeza ni que la lengua se limpiase le prescribió un vomitivo. Tomó en tres dósis gramo y medio de ipecacuana y desde entónces los

(1) *Clinique medicale*, tomo 1°, página 138.— Paris, 1873.

dolores que eran contínuos se hicieron intermitentes y periódicos presentándose todas las tardes, de cinco á seis; al mismo tiempo se habia percibido una perturbacion en la vista de la cual no hizo caso por creerla dependiente de los dolores de cabeza. En presencia de estos fenómenos creyo Mr. Gueneau de Mussy que se trataba de una intoxicacion palúdea complicada como ocurre frecuentemente de saburra gástrica: que el predominio de esta complicacion habia cambiado el aspecto natural de la enfermedad y por su persistencia é intensidad habia hecho contínua una cefalalgia de tendencia intermitente: el vomitivo eliminando ó al ménos atenuando este elemento gástrico habia desenmascarado la intermitencia á la que debia actualmente dirigirse la medicacion. En vista de esto se le hizo tomar al enfermo durante tres mañanas consecutivas medio gramo de sulfato de quinina en una sola dósis; habiendo disminuido los dolores, pero sin desaparecer se elevó las dósis 75 centígramos; la cefalalgia se hizo entónces terciana y muy aminorada, se continuó el uso de la sal quínica á la misma dósis cada dos dias hasta extinguirse por completo el dolor. Entónces fué cuando el enfermo mencionó los trastornos visuales que no sólo no desaparecieron con la cefalalgia como esperaba, sino que se agravaron.

Inquieto con esta ambliopia que le impedia consagrarse á sus ocupaciones y sospechando alguna alteracion en las membranas internas del ojo, fué llamado el Dr. Galezowski que practicando el exámen oftalmoscopico, comprobó: las pupilas anchas y poco contractiles; del ojo derecho podia leer difícilmente el número 2 de la escala tipográfica, miéntras que con el izquierdo distinguia apénas el número 7 y muy imperfectamente los matices números 4 y 5 de la escala cromática.

El oftalmoscopio mostró en los dos ojos una perineuritis óptica con atrofia diseminada de la coroides.

Para combatir esta complicacion se dispuso la aplicacion de cuatro sanguijuelas á las mastóides, fricciones tres veces al dia en la frente y sien con unguento napolitano y persuadido de que el paludismo estaba detrás de esta manifestacion de forma congestiva se continuó al ampleo del sulfato de quinina. Ocho dias despues, el 18 de Noviembre, un nuevo exámen oftalmos-

cópico mostró mejoria sensible en el lado izquierdo; pero en el derecho se notaba un nuevo fenómeno que consistió en apoplegias múltiples en la retina al rededor de la papila y de la mácula. Una mancha apoplética se veia tambien en la mácula del ojo izquierdo. La vision era más imperfecta que nunca, el enfermo veia partidas las letras y las líneas. A pesar de esta agravacion no se modificó la indicacion; se trataba de un proceso que habia debutado bajo la influencia del miasma palúdeo y era de suma importancia evitar la repeticion de este elemento intermitente que daria lugar á una fluxion congestiva en el ojo. Se convino, pues, en continuar el empleo del sulfato de quinina y las fricciones mercuriales; obteniéndose con semejante medicacion un resultado tan favorable que la vision no tardó en mejorar. El 12 de Diciembre se comprobó con el oftalmoscopio la desaparicion de las hemorragias retinianas no quedando más que una parte muy ligera en la region de la mácula. La infiltracion serosa peripapilar habia desaparecido: Despues de estar sometido durante un mes más á la accion de la quinina, fuéronse gradualmente disminuyéndose las dósis hasta suspenderlas, y habiéndose examinado nuevomente con el oftalmoscopio se vió que ni en el nervio, ni en la retina quedaban trazas de la enfermedad, persistiendo, sin embargo, la atrofia coroidiana que se dudó fuese contemporánea ne las otras lesiones ó de data anterior.

La vision del ojo derecho quedó completamente normal; el izquierdo distinguía los caracteres más finos de la escala, pero conservando aún una sombra imperceptible y observando las líneas ligeramente tortuosas, pero sin que esto le impidiese consagrarse á sus trabajos habituales.

Si como se ve en la anterior observacion el miasma palúdeo determinó el elemento *fluxion*, caracterizado por la perineuritis y el elemento *flujo* personificado en las apoplegias retinianas, la que nos proponemos reseñar carece de este último, pero en cambio ofrece de notable la presencia del primero que como hemos dicho está

constituido por el síntoma *dolor* que en este caso está representado por la neuralgia del Trégémino.

### Observacion II.

La señorita M., natural de Villaclara, de 18 á 20 años de edad, de buena constitucion y de temperamento sanguíneo-nervioso, hacía poco más de un mes que habitaba la capital, situando su domicilio en la Calzada del Cerro. En esta calle, por uno de sus lados, pasa una zanja, á la cual arroja el vecindario todo género de inmundicias. De esta zanja se surtía la Habana ántes de la construccion del Acueducto de Fernando VII, hoy ya deficiente. No muy léjos del sitio donde vivía, existen unos terrenos bajos en que la vegetacion es abundante y las condiciones más abonadas para el desarrollo del miasma palúdeo. En esta localidad fué acometida de neurálgia del quinto par con parálisis facial. El dolor se exacervaba por la mañona y noche, atormentando extraordinariamente á la enferma. Asistida por el Dr. La Hoya, fué llmado el Dr. Santos Fernandez en union del Dr. Lebredo el dia 19 de Marzo de 1876, por habérsele presentado trastornos visuales en el ojo derecho. Examinada atentamente, no se encontro al exterior otro síntoma que la pupila ligeramente dilatada, tal cual se encuentra cuando miramos á distancia. La agudeza visual disminuida, pues no podía leer el número 2 de la escala de caractéres. Examinada al oftalmoscopio, se comprobó una ligera neuritis sin que se notase nada más en todo el fondo del ojo. Los Dres. La Hoya y Lebredo diagnosticaron una infeccion palúdea, orígen de la neurálgia y de la parálisis, y el Dr. Santos Fernandez juzgó á su vez los trastornos visuales dependientes de la misma causa. El tratamiento institutdo por el médico de cabecera que se dirigía á combatir el miasma palúdeo y á calmar el síntoma dolor, quedó pues en pié, y la indicacion del oculista se limito á una pomada mercurial á la frente y sien. El dia 30 la neuritis persistía, así como la neurálgia y la parálisis á pesar del tratamiento empleado. En vista de esto, se decidió intimar á la familia á que cambiase de domicilio, segun se le había indicado la primera vez, habiéndolo realizado al dia siguiente. — Ocho dias despues, la vision había mejorado de una manera notable; la neurálgia había cedido y la páralisis

era menor. A fines del mes de Abril, con la continuacion del tratamiento la vision se habia restablecido por completo y la neurálgia y la parálisis habian desaparecido.

Otra observacion communicada por nuestro amigo y compañero el Dr Gallardo, catedrático de Clínica Médica de esta Universidad, viene en apoyo de las ideas que tratamos de sus tentar.

OBSERVACION III.

D. N. N. de 34 años de edad, temperamento nervioso, de buena constitucion y en tratamiento de fístulas urinarias en la casa de salud « La Integridad, » á cargo entónces del Dr. Gallardo; se presentó un dia á hora de consulta con un ataque tan semejante al de una epilepsia, que sólo lo prologado de él pudo diferenciarlo de equella. Sospechando el Dr. Gallardo uns fiebre perniciosa larvada, le ordenó acto contínuo dos gramos de sulfato de quinina, con lo cual á las dos horas volvió del estupor en que se encontraba para no repetir le más. Al dia siguiente aún se encontraba torpe para responder á las preguntas que se le hacían y se quejaba de no ver. Examinado al oftalmoscopio, se halló la papila en estado normal, pero la retima poblada de hemorragias extensas. La quinina continuó administrándosele, los síntomas generales desaparecieron, y la vista fué restableciéndose gradualmente hasta el punto de recobrarla por completo y desempeñar el oficio de cochero de alquiler en esta capital.

Nuestras observaciones vienen á complementar un estudio á pénas mencionado por los observadores que escribieron ántes de Helmolhz, y cuya enunciacion se debe en nuestros dias á los Dres. Gueneau de Mussy y Galezowski. Si nuestra práctica en la Isla de Cuba datara de más de dos años, indudablemente que mayor sería el número de nuestras observaciones, atendiendo á que nos hallamos en uno de los países en que el paludismo

cuenta con más elementos de desarrollo (1). Las fiebres palúdicas no escasean en Cuba, y sin embargo, si nos fijamos en el olvido en que se tienen los preceptos higiénicos con un clima como el nuestro, es de estrañar no fuese mayor el número de sus víctimas.

Todos sabemos el consumo extraordinario que se hace en la Isla de las bebidas alcohólicas : el Dr. Reyes lo señaló por medio de guarismos (2) y nosotros dimos á conocer sus efectos en el órgano de la vision (3). Sabemos tambien que se han recomendado el vino y el alcohol como profilócticos de las fiebres palúdeas y que se ha asociado éste último á la quinina de la misma manera que el coñac, obteniendo resultados satisfactorios (4). Ahora bien, el escaso número de invalidos de paludismo en relacion con los innumerables focos de infeccion que existen en Cuba, ¿no podría explicarse por el consumo exagerado de las bebidas alcohólicas muy especialmente en las clases que más se exponen á los miasmas palúdeos? Aquellos de nuestros colegas que con tanto fruto se dedican al estudio de la Higiene pública en la Habana y fuera de la capital, podrían quizas responder categóricamente á esta observacion.

(1) Dr. J.-R. Argumosa. *Crónica Médico-Quirúrgica de la Habona*, tomo 2°, p. 389.

(2) *Reflexiones acerca del abuso excesivo de la bebidas alcohólicas en la Isla de Cuba. Crónica Médico-Quirúrgica de la Habana*, tomo 2°, página 439.

(3) *De la Ambliopia alcohólica en la Isla de Cuba. Memoria dirigida al Congreso Oftalmológico de New-York.* 1876.

(4) *Crónica Medico-Quirúrgica de la Habana*, tomo 1°, páginas 18, 184, 185.

Limitándonos nosotros por ahora al estudio de los trastornos en el órgano de la vision ocasionados por las fiebres palúdeas y dejando para más adelante los accidentes á que puede dar lugar el tratamiento por las sales de quinina, deduciremos las conclusiones siguientes :

1° Los trastornos producidos en el órgano de la vision por las fiebres palúdeas se caracterizan, como en lo restante de la economía, por los tres elementos : dolor, fluxion y flujo.

2° El dolor radica en el quinto par ó alguna de sus ramas : la fluxion toma como sitio de eleccion el nervio óptico; y el flujo se refiere á las arterias de la retina ó al aparato lagrimal.

3° El diagnóstico es fácil con el auxilio del oftalmoscopio : el pronóstico no es grave, y el tratamiento la quinina.

## II.

Hasta 1638, ciento cuarenta años despues del descubrimiento de la América por Colon, no tuvo lugar el de las propiedades medicinales de la quina. La esposa del entonces virey del Perú, los jesuitas y el cardenal de Lugo contribuyeron á propagarla en América y en Europa. El nuevo y portentoso remedio encontró numerosos detractores debido quizás á que por su mala administracion no evitaba las recidivas ni salvaba de la muerte en los casos de perniciosas. Sydenhan llego á relevarle de tal descredito, viniendo la curacion de Luis XVI á concederle inmensa popularidad entre las gentes; y los trabajos de Forti, Morton, Lancysi, Werlhoff y últimamente

Brown entre los hombres de ciencias, y á pesar de los escritos de Ramazzíni y Baglivio.

Habiendo los señores Pelletier y Caventou descubierto la quinina en 1820 por los mismos procedemientos usados respecto al opio, la administracion de la corteza del Perú se hizo mucho más fácil y sus efectos más evidentes.

En nuestros dias la eficacia de la quinina para combatir el paludismo es incontestable, aunque en el vulgo no haya desaparecido por completo la creencia errónea de los males que causa esta sustancia, entre los médicos no hay si siquiera uno que ante una fiebre perniciosa no juzgue hasta un crimen demorar un instante la administracion del alcaloides.

Si supiésemos que hubiera quien dudase de la inocuidad del sulfato de quinina elevado á las más altas dósis, no habia más que transcribir las numerosas citas de la obra de Mr. Duboué (1) de la que no nos dispensaremos de extraer las siguientes : « 1. Una observacion de Giacomini en la que se dá cuenta de un hombre que por error tomó 12 gramos de sulfato de quinina en un vaso de agua, presentándosele hiposten izacion del corazon y del sistema nervioso combatido por los excitantes : 2. Desiderio de Venise, habla de una señora que tomó 22 gramos de la misma sal habiendo sido tratada por la sangría se restableció. 3. Trousseau ha dado á conocer la historia de la religiosa de Tours á la cual se le dieron 14 decrigramos de quinina de uua sola vez acusando trastornos del cerebro y un delirio pasajero. La de un

(1) *De l'Impaludisme*, par le Dr. Duboué. Paris, 1867.

militar que tomó 3 gramos de la misma manera y tuvo los mismos accidentes, salvándose tambien. 4. Mr. Guersant hace mencion de una señora á quien su marido, médico, pero monomaniaco, le hizo tomar hasta 41 gramos en pocos dias, perdió momentáneamente la vista, el oido y la palabra y aunque llegó al frio cadavérico al fin se restableció. 5. Un desgraciado médico, víctima de una enagenacion mental se administró él mismo para curarse una pequeña fiebre intermitente la enorme dósis de 220 gramos de sulfato de quinina, en diez ó doce dias, terminando por sucumbir á la postracion en que fué sumido.

Despues de lo que acabamos de exponer se comprenderá que al ocuparnos de los accidentes á que puede dar lugar la quinina en el órgano de la vision no venimos á engrosar las filas de sus detractores de época pasada, ni lo que es mas lastimoso aún, á militar entre las gentes que sin la debida ilustracion interpretan los hechos científicos de una manera altamente perjudicial à la salud pública. Nó, venimos simplemente á señalar á nuestros prácticos de la Isla y casi con los mismos elementos que ellos nos han suministrado un accidente á que puede dar lugar la quinina quizás en un solo individuo de 15,000 á quienes se les administre. Accidente que es muy posible dependa más de la idiosincrasia del enfermo que de la naturaleza del medicamento, accidente que no tenemos la pretension de sustentar como un hecho que por estar tan claro y evidente no necesite discusion, sino por el contrario venimos á someterlo al criterio de nuestros comprofesores y la interpretacion que le damos podrá

ser ratificada ó nó por investigaciones subsecuentes.

Las primeras observaciones en que se atribuya de una manera terminante la pérdida de la vision al empleo del sulfato de quinina corresponden al hombre que más progresos ha realizado en el cultivo de la oftalmología.

« *Amaurosis sobrevenida despues del empleo del sulfato de quinina* (1). Mr. De Grœfe ha observado dos casos de amaurosis sobrevenida rápidamente y que atribuye al empleo del sulfato de quinina á altas dósis. El oftalmoscopio no descubrió ninguna alteracion en el fondo del ojo. El primer enfermo atacado de ambliopía mas notable á la derecha que á la izquierda no fué bien observado, pues se volvió à su pais luego de ser examinado. El segundo caso ofrece mas interés y se refiere á un albañil de 37 años tratado durante largo tiempo de fiebres intermitentes por altas dósis de quinina. Cuando Mr. de Grœfe lo vió, el ojo derecho estaba perfectamente sano pero la vista estaba completamente abolida en el otro. Se dió principio al tratamiento por una sangría de 4 onzas en la sien, seguida de ligera mejoría que le permitió distintinguir vagamente los objetos con la porcion inferior de la retina. Nuevas deplesiones sanguíneas idénticas á la primera y repetidas cada cuatra dias tuvieron lugar, advirtiéndose un adelanto tal, que el enfermo recibió el alta y se volvió á su casa mejorando cada dia mas. Sus dos enfermos afectaron durante el tratamiento de la fiebre intermitente, violentos zumbidos de oidos, y el segundo de ellos marcada sordera. »

(1) *Annales d'oculistique*, tom. 44, pág. 139. — *Archiv fur opthohiologie*, tom. 3.

En el artículo del Diccionario de Dechambre consagrado á la quinina (1) y refiriéndose á la accion de esta sal sobre el sistema nervioso dice entre otras cosas, que se observan : « Trastornos de la vision, todavia más raro, y casi exclusivamente imputables á las altas dósis de quinina, al principio un poco de excitacion del nervio óptico sensibilidad exaltada al contacto de la luz, despues sensacion de fatiga, de tirantez, las pupilas se hallan aun en estado normal. A un grado más pronunciado vision perturbada, debilitada, amaurosis incompleta, ceguera de los animales sometidos á fuertes dósis de sulfato de quinina y en algunos individuos envenenados por dicha sal (Giaconini y Guersant). Los sugetos ofrecen entonces una dilatacion de las pupilas más ó ménos considerable, pero no debida como bajo la influencia de la belladona, á la excitacion del músculo dilatador del iris sino en relacion con la paralisis de la retina. La amaurosis quínica más de temer en los individuos cuya vista está anteriormente debilitada ha sido observada por Monneret y Briquet sobre enfermos á quienes habian administrado el bisulfalo de quinina á la dósis de 3, 4 y 5 gramos y más en 24 horas, y por espacio de algunos dias. Briquet, dice, no haberla observado nunca en los que habian tomado ménos de 2 gramos de dicha sal al dia, y Legrox, que ordinariamente no pasaba de este límite parece no haberla observado tampoco. »

Deval en su Tratado Teórico y práctico sobre los enfermedades de los ojos, al hablar sobre la amaurósis

(1) Pág. 221 Vol.

por el sulfato de quinina dice lo siguiente (1) : « El sulfato de quinina no parece capaz de producir accidentes amauróticos sino cuando ha sido dado á dosis elevadas en un cierto espacio de tiempo; á la cantidad cuotidiana de tres á cuatro gramos por ejemplo. Leo en la *Encyclographie médicale* (t. II, p. 358) que un reumático á quien se habia administrado esta sustancia en proporciones fuertes fue atacado de amaurósis, que un tratamiento enérgico y variado no habia podido triunfar en la época en que sola taba el hecho. La Luisiana ofrece un terreno de aluvion mas bajo á veces que el nivel de los rios que estan contenidos por diques y el del agua de los pozos está muy próximo á la superficie del suelo. Resulta de esta disposicion topográphica que los fiebres intermitentes son muy comunes en esta localidad pantanosa y dominan por decir asi, la patologia del pais. — El Dr. Vesinier me ha dicho hafer encontrado varias veces la amaurósis debida á grandes dosis de sulfato de quinina administrada contra los fiebres perniciosas; ha visto la sondera presentarse sola; pero no ha observado jamás la amaurósis sin la sordera. Este fué el síntoma que se manifesto primero en algunos de sus enfermos, la pérdida de la vision no vino sino despues. Uno de ellos Mr. Broussard estaba atacado de una fiebre terciana cuyos accesos no habían ofrecido hasta entónces cararter pernicioso alguno, cuando despues deuno de los accesos su estado inspiró inquietudes á la familia. Mr. Vesinier llamado á toda prisa encontró al enfermo sin conocimiento y sin voz, el pulso apénas sensible, los estremidades cianóticas,

(1) Pág. 729.

la piel fria y cubierta en leda su extension de un sudor viscoso. Este practico hizo tomar en espacio de seis horas cuatro gramos de quinina; se administraron al mismo tiempo dos lavativas con dos gramas de dicha sal, y se hicieron fricciones en la superficie del cuerpo con un linimento que contenia cuatro gramos de la misma sustancia. La fiebre no reapareció en los dias siguientes pero el enfermo esperimentaba debilidad tal que no podia moverse en su lecho, se quejaba de oir un silbido perpétuo que la tenia sordo, su vista estaba apagada con dilatacion é inmovilidad de las pupilas. Bajo la influencia de una medicacion tónica y de un régimen fortificante la sorderar desaparecio dos meses despues, pero la vista quedo confusa; solamente á la larga pudo recobrar su claridad primitiva. — La duracion de la amaurosis engendreda por el sulfato de quinina es generalmente de algunos dias á varios años.— Los casos de este género explorados con el oftalmoscopio no han ofrecedo nada de particulor. »

De Wecker (1) ha citado el caso de un jóven que queriéndose curar de fiebres intermitentes contraídas en los paises cálidos tomó una gran cantidad de quinina en una sola vez, quedando sordo y ciego. Sin embargo el oido y la vision se restablecieron aunque esta quedó defectuosa. Además dice lo siguiente : « En los casos raros que he encontrado, se ha producido una vuelta incompleta á la vision y no he tenido ocasion de ver una ceguera permanente como ha sido observada algunas veces (De Grœfe, Briquet).

(1) *Thérapeutique oculaire*, 1879, p. 682.

Lucas Championnière, citado por Galezowski (2) ha observado varias veces en el servicio de Beau y en su práctica trastornos visuales debidos á la accion de la quinina en el tratamiento de los accidentes puerperales á dosis elevadas de tres á cinco gramos por dia. — « Ordinariamente empezaban por una disminucion de la facultad de percibir los colores, las enfermas se quejaban de ver todos los objetos blancos : despues veían como á traves de una niebla y luego cegaban. No he observado la pérdida total de la vision pero la he visto tan disminuida que las enfermas no distinguian ni los objetos ni los personas que las rodeaban. He visto siempre estos trastornos de la vision desaparecer rápidamente despues de la cesacion del medicamento. En todos los casos la sordera concomitante desaparecia tambien, aunque mas lentamente. » Una enferma del servicio de Beau sometida á altas dosis de quinina habia que dado sorda y ciega, comunicandose con los asistentes solo por el tacto. Curó de sus accidendes puerperales y no conservó ni debilidad de la vision ni sordera.

Bérenger Féraud (1), en su obra titulada : *De la Fièvre bilieuse mélanurique des pays chauds*, comparée avec la fièvre jaune por L. I. B. Bérenger Féraud, y al tratar de las complicaciones de aquella se ocupa de los trastornos visuales de las fiebres perniciosas comatosas pero sin achacarlas á la quinina por más que nosotros la juzgamos dependientes de ella, segun se deduce del tenor de la letra que es como sigue ;

(1) *Des amblyopies et des amauroses toxiques*, 1875.
(2) Paris, 1874, pág. 212.

« Hay un accidente que sobreviene algunas veces á consecuencia de la fiebre biliosa melanurica y que si bien infinitamente ménos grave y ménos peligroso que los precedentes, merece ocuparnos un instante. Esta ambliopia que ha sido comprobada algunas veces como consecuencia de la fiebre es un accidente frecuente y por mi parte lo he observado. cuatro veces en el curso de año 1871 y cuatro ó cinco en 1872. Hé aquí como se presentan las lesiones que nos ocupa. Los sugetos profundamente anemiados tienen una dilatacion mas grande que de costumbre de las pupilas que son sensiblemente ménos centractiles que en el estado normal. En dos casos los medios del ojo y el iris no parecian á simple vista presentar alteracion material, pero algunas veces se vé manifiestamente á la primera inspeccion que habia algo anormal y con más atencion se vió que la abertura pupilar no era exactamente circular. Los enfermos acusan una dificultad marcada en el ejercicio de la vista. La luz del dia les fatiga y no podian soportarla cuando era intensa. La artificial les molesta encontrándose mejor cuando la claridad es ténue. Los sugetos que presentan estas alteraciones visuales á consecuencia de la fiebre biliosa melanurica, acusan la presencia de una niebla más ó ménos intensa en el campo visual, sin moscas volantes. No experimentan vivos dolores en los ojos, pero la luz les ofende y les hace llenar los ojos de lágrimas.

Siendo interesante examinar al oftalmoscopio las alteraciones oculares, no eché en olvido este precioso elemento. En todos los casos hallé al principio una hiperemia notable de la retina y de la coroides; el fondo del

ojo uniformemente rojocereza y de una inyeccion tan fina y tan distribuida que no se veia absolutamente un vaso de calibre más grande que otros. No he podido en ninguno de los casos que he observado, encontrar trazas de exudados de hemorragia, ni de depósito pigmentario.

Esto no es desde luego otra cosa que un aumento de la cantidad de sangre contenida en los vasos del fondo del ojo; más tarde al contrario, la retina se decolora y se anuncia de tiempo en tiempo á los vasos vacíos. Los dos ojos no siempre son atacados en un mismo grado y es de notar que los fenómenos sintomáticos están en relacion exacta con las alteraciones que revela el oftalmoscopio.

No solamente en la fiebre biliosa melanúrica he observado esta alteracion de la vista, sino tambien en casos de anemia dependientes de fiebres intermitentes simples; pero sobre todo despues de muchos casos de accesos perniciosos y sobre todo de forma comatosa. Lo he observado tambien consecutiva á la insolacion tan frecuente en Senegambia y en los diversos grados de su gravedad. Siempre en casos en que la anemia predominaba.

Esta singular alteracion de la circulacion del ojo es de bastante larga duracion en general y cuantos agentes terapeuticos se han empleado contra ella son ineficaces, mientras que en otras circunstancias la curacion sobreviene por sí sola. La clave de este enigma consiste en que esta alteracion estando intimamente ligada á la anemia, resulta que miéntras no tiene lugar la reconstitucion del sugeto el estado de los ojos queda estacionario hágase lo que se quiera y tan pronto como la sangre recupere su

fuerza y su vitalidad normales los trastornos funcionales y las alteraciones locales desaparecen bastante rápidamente.

Cuanto acabo de decir muestra implicitamente que la terapeútica de este accidente es bastante limitada, sin embargo debo decir que pensando en los inconvenientes perjudiciales que pudiese tener esta hiperemia prolongada de la retina en el caso que nos ocupa, he creido deber intervenir activamente y creo haber obtenido buenos efectos de la instilacion intermitente de tres en tres dias de 2 á 3 gotas de una solucion de atropina — 10 centígramos para 30 gramos — al mismo tiempo que daba soluciones ferrícas, de estrignina ó de arsénico al interior para reconstituir el estado general.

En 1872 y 1873 he dirigido del Senegal á mi sábio amigo el profesor Mr. Perrin, de Val-de-Grâce, dos oficiales atacados de esta lesion funcional de los ojos á consecuencia de la fiebre biliosa melanurica y á mi vuelta á Europa, en Diciembre de 1873, le he preguntado lo que pensaba de ello. Me respondió que no habia observado en ellos, como yo, mas que una anemia de la retina que ha visto semejante en la convalecencia del cólera ó de ciertas fiebres graves, y que ha curado pronto y bien à medida que el sugeto recupera sus fuerzas primitivas. Los dos oficiales en cuestion experimentaron poco despues de su vuelta á Europa una gran mejoría y bien pronto despues quedaron perfectamente curados. Quedándose en el Senegal habrian estado más largo tiempo valetudinarios y su vista habria estado consiguientemente más largo tiempo perturbada. »

Al Dr. Le Roy, de esta Capital, debemos el haber fijado por primera vez nuestra atencion sobre los efectos de la quinina en el órgano de la vision : este apreciable comprofesor trajo á nuestra consulta un niño afectado de la vista á consecuencia de una perniciosa que él le habia combatido, manifestándonos que sospechaba tuviese alguna parte en la enfermedad las altas dósis de quinina á que habia sido indispensable someterlo. Sus sospechas nacian de la relacion que le habia hecho el Dr. C. Andrés de tres casos, si no análogos, por lo menos de idéntica etiología. El primero se refería á una niña de cuatro años, sobrina suya, que habiéndosele administrado el alcoloides hasta la intoxicacion, cegó completamente, recobrando despues la vista con los reconstituyentes al cabo de 23 dias. El segundo fué uno de sus hijos que robusto y á la edad de 11 años padeció una fiebre larvada ; combatida por el antiperiódico le dejó una gran debilidad de la vista que desapareció más tarde. El tercero hace referencia á una señora atacada despues del parto de una perniciosa á la cual se le administraron altas dósis de quinina, muriendo ciega á las 10 ó 12 horas.

La realidad de estas observaciones apuntadas á la ligera si bien nada arrojan de concluyente por faltarles muchos datos y sobre todo el exámen oftalmoscópico, impresionaron vivamente nuestra atencion del mismo modo que le aconteció al Dr. Le Roy, y de comun acuerdo resolvimos axaminar atentamente el niño cuya historia es la siguiente.

### Observacion IV.

Isidoro Altizar, inscrito en el número 2,582 de la Clínica de enfermedades de los ojos del Dr. S. Santos Fernandez, vino á la consulta el dia 16 de Marzo de 1876 : natural de la Habana y de 10 meses de edad. El padre refiere que á principios del mes de Enero el niño cayó enfermo con vómitos y diarrea y que fué encargado de su curacion el Dr. Le Roy quien nos manifiesta haber diagnosticado una fiebre palúdea par lo cual le administró la quinina hasta la dósis de 4 gramos diarios, no sin haber notado fenómenos cerebrales que le indujeron á ordenar dos cáusticos á las pantorrillas. El 7 del mes siguiente ya el enfermito se encontraba fuera de peligro y en esta fecha notó el padre que el niño no veia, suponiéndolo efecto de la debilidad pasó cerca de un mes sin hacer nada hasta que alarmado lo llevó al Dr. Le Roy y este á la clínica donde se le practicó el exámen oftalmoscópico con tanta dificultad como era de suponerse en un niño de esa edad. El fondo del ojo presantaba el color rojo normal que le imprimen los vasos de la coroides; pero las arterias y venas estaban menos inyectadas que fisiológicamente lo están. La papila ancha y redondeada no presentaba el color nacarado de la atrofia, ni el abultamiento que se nota en la neuritis y si la ausencia de los vasos que pudieramos llamar suyos y á quienes debe su rubicundez habitual.

A pesar de las sospechas de nuestros compañeros acerca de la etiología de la amaurosis del niño, nosotros nos inclinamos más bien á buscar la causa en una complicacion meníngea de la fiebre por más que no encontramos la neuritis de la que está acompañada por regla general. Consignamos, sin embargo, los hechos con imparcialidad y no mucho despues tuvimos ocasion de observar un caso análogo.

### Observacion V.

La mulatica Victoria Valdès, natural de Matanzas y de 3 años de edad, vino á la Clínica el 4 de Marzo de 1876. Los padres no suministraban datos suficientes para diagnosticar con precision la enfermedad; pero el Dr. Schwager, de Matanzas, que la habia

visitada tuvo la amabilidad de proporcionarles en un apunte que dió á los padres de la enfermita y que dice así: « Hace 10 meses que fué asistida de unas fiebres palúdeas, cuotidianas, que á beneficio de fricciones de quinina solo duraron cuatro ó seis dias, curando despues. Posteriormente hace dos meses se repitieron las fiebres, se usaron las mismas fricciones que subyugaron la afeccion; pero dejando tres sí fenómenos nerviesos, falta de apetito y tal decadencia, que hizo sospechar la existencia de vermes intestinales.

El Santonino y el Calomel no dieron, sin embargo, resultado alguno. La última vez que fué observada acusaba gran debilidad muscular y de los sentidos, juzgando notable la que habia en la vista.

Con igual dificultad que en el caso anterior se hizo uso del oftalmascopio, pudiendo percibir el fondo del ojo con la rubicundez normal y la pupila desprovista, si bien no tanto como en el caso anterior, de los capilares que la hacen sonrosada. Segun las, pruebas que llevamos á efecto, parecía existir amaurosis, por cuanto na distinguía un vaso de agua que se le presentaba y nos inclinamos á creer que na habia percepcion luminosa.

El dia 13 de Mayo no habia variacion perceptible en el fondo del ojo, pero se notaba paralisis del movimiento en las dos piernas pero principalmente en el lado izquierdo. La sensibilidad era normal.

El dia 7 de Agosto se le examinó el fondo del ojo con más dificultad que nunca, pues se resistia á ello de una manera feroz, y se encontraron las pupilas ya nacaradas, no obstante que los padres, tel vez ciegos por el deseo no la suponian á ella tal, pues nos decian que veia mejor.

Desde antonces se perdió de vista la enfermita.

En la anterior observacion no se indica la cantidad de quinina administrada y habria tanto derecho ó más para suponer la amaurosis dependiente del miasma palúdeo que de la quinina, si las lesiones encontradas en el fondo del ojo por los atacados de paludismo sin haber

usado la quinina ó habiéndola usado en pequeñas dósis no estuviesen en completa oposicion (1) con las que hemos señalado en el caso actual y en los que nos proponemos reseñar más adelante.

No habian trascurrido muchos dias de haber recibido en nuestra Clínica la enfermita de Matanzas, cuando fuimos invitados por nuestro ilustrado compañero el Dr D. Justino Valdés Castro (padre), para reconocer una señora antigua cliente suya, y á la cual assistia, en la convalecencia ya, de una fiebre palúdea tratada por altas dósis de quinina. La enferma habia quedado ciega y nuestro apreciado compañero se preguntaba si las altas dósis del alcaloide que habian sido indispensable usar para arrancarla de la muerte explicaban este accidente. Nuestra respuesta no fué por cierto afirmativa, y aunque le manifestamos que otros profesores habian pensado de idéntica manera en iguales circunstancias seguíamos creyendo lo mismo que anteriormente, en complicaciones encefálicas, y poseidos de esa idea practicamos el reconocimiento. Hé aquí los datos que recogimos :

Observacion VI.

Doña N. N., próximamente de 38 años de edad y vecina del Cerro, fué atacada de una fiebre perniciosa de forma comatosa á fines del mes de Febrero de 1876. La enferma estuvo á punto de espirar, segun la relacion de os miembros de la familia que aseguraron haberla dado por perdida la noche de su mayor gravedad. El Dr. D. Justino Valdes Castro, no teniendo la menor duda de que se trataba de una fiebre perniciosa de forma comatosa, le administró la quinina en dósis elevada, logrando sacarla de la muerte aparente en que estaba sumida. Cuando

(1) Gueneau de Mussy.

recobró sus sentidos y empezó á hablar notó que le faltaba la vista, y tan por completo que algunos dias despues cuando la vimos aún no acusaba percepcion luminosa y las pupilas permanecian inertes ante la luz de una bujía cuya presencia reconocia por el calor. En tal estado la examinamos con el oftalmoscopio y encontramos : escasa coloracion del fondo del ojo, las arterias y venas de la retina adelgazadas, la papila pequeña y redondeada, estaba desprovista de vasos, pero sin el color nacarado de la atrophia. Existia una mancha de atrophia coroidiana que atribuimos á los antecedentes específicos que pudimos averiguar y que parecian ratificar ciertas manchas cobrizas en diversos puntos de la piel.

Esta enferma fué asistida más tarde de su enfermedad de los ojos por profesores, uno de esta capital y otro ambulante; pero segun los informes que hemos recibido de su médico el Dr. J. Valdés Castro, su estado no ha cambiado, pues continúa como cuando la dejamos de visitar; es decir, distinguiendo á distancia la hora del relój y eso unos dias más que otros, aunque sin poder leer caractéres de imprenta por grandes que sean, ni distinguir los dedos, ni la fisonamía.

¿Podrá influir en la afeccion de la vista de esta enferma la diátesis específica de que hemos hecho mencion? Lo dudamos, pues ni habia en el interior del ojo los síntomas anatómicos de la especificidad, ni se explica de ese modo la amaurosis rápida, ni la ambliopia persistente.

Desde el mes de Marzo de 1876 en que visitamos con el Dr J. Valdés Castro la citada enferma, hasta el de Junio de 1877, no tuvimos ocasion de asistir ningun caso de los que nos vienen ocupando. En esta fecha y hácia los quince dias del mes, fuimos llamado en consulta por nuestro apreciable amigo el Dr Arango, para un niño atacado de paludismo y cuya historia clínica expondré detallada.

### Observacion VII.

El niño N. N., de cuatro meses de edad y vecino del Cerro, fué atacado á las dos de la madrugada del viérnes 15 de Junio, de un acceso de fiebre intermitente ligero, é igualmente el sábado á la misma hora. Además del antecedente de haber muerto dias ántes si nó en la misma casa, en la localidad un hermanito víctima del paludismo, los accesos estaban marcados por apirexia completa y perfecto estado de salud despues de ellos. El diagnóstico, pues, no dejaba duda, y por consiguiente se le ordenaron fricciones con una pomada compuesta de un gramo de sulfato de quinina por diez de escipiente. A las once de la mañana del sábado, se presente un acceso irregular de mayor intensidad, y se ordenaron 0,50 centígramos de bisulfato de quinina en pocion y dos gramos cada dos horas en lavativas que devolvió casi inmediamente. A la madrugada del seguiente dia, hora habitual del acceso pernicioso : convulsiones violentísimas y pralongadas, cara hipocrática, frialdad de las extremidades, cianosis de los labios y uñas, contraccion de las pupilas; temperatura rectal 40°,2. Estado grave. Tratamiento: inyeccion bipodérmica de 0,30 centígramos de sulfato de quinina; pocion de bromhidrato de quinina á tomar á cueharadas de café cada dos horas. Un quarto de hora despues cesaron las convulsiones y en su lugar dilatacion exagerada de las pupilas é insensibilidad de la retina : estado comatoso. A las once de la mañana del lúnes, nuevas y violentas convulsiones. Tratamiento : inyeccion hipodérmica de 0,30 centígramos que detiene este síntoma, temperatura 39°,3. Los síntomas anémicos y el estado comatoso á pesar de la medicacion revulsiva y estimulante persisten hasta que se usan los opiados en la proporcion de una gota de láudano de Sydenham en una cucharada de agua y á 4 dósis, desapareciendo el coma. Dos dias despues fué necesario emplear nuevamente el bromhidrato en pocion, por haber aparecido pequeñas accesiones á las horas habituales. La insensibilidad de los ojos á la luz, se empezó á notar desde las primeras fricciones, y cuando nosotros lo vimos, ya los accesos no se repetian y el Dr. Arango disponia y nosotros la aprobamos con fruicion se le cambiase de localidad.

El reconociamiento oftalmoscópico llevado á efecto, prévia instilacion de la atropina, y no sin gran trabajo, nos puso de manifiesto el fondo del ojo con alguna menor rubicundez que habitualmente y el color de la pupila al parecer ménos sonrosado, los vasos retinianos adelgazados si bien no tanto como en los otros enfermos observados. — Setiembre 30. El niño vuelve del campo robusto y soludable, pero sin fijarse aún en los objetos. El exámen oftalmoscópico nos muestra la papila del nervio óptico atrofiada y los vasos de la retina reducidos á sus principales ramas y tan filiformes que pudiera asegurarse no habia circulacion en ellos.

### Observacion VIII.

En Mayo de 1878 fuimos llamados á asistir á la niña N. hija de nuestro compañero el Dr. P. De dos años de edad habia sido atacada de intermitentes contra les cuales se administró el sulfato de quinina. No tolerándose esta por la enfermita por los vomitos que impedian la absorcion gastrica ni las enemas que devolvia hubo de emplearse nedios diferentes. Al fin se logró bajo la influencia del cloral y el bromuro de potasio thracerle tomar cerca de un gramo diario en solucion del sulfato que se alternó despues con el bromidrato de quinina. Examinado el fondo del ojo pudímos ver el ojo anemiado, la retina de-colorada, las papilas falta de sus vasos propios y los vasos retiniános adelgazados. Creyendo un comprofesor ver edema de la retina reiteré mí examen y pude comprobar el primero, es decir, los sintomas de anemia de la papila y retina.

Este estado continuó varios dios hasta disminuir paulatinamente y dos meses mas tarde la niña habia recobrado su vista y su estado era satisfactorio.

Despues de este caso, el último que hemos tenido la ocasion de observar, fué cuando decidimos prestar de lleno nuestra atencion acerca de la etiología que desde el primer momento fué objeto de las sospechas de los comprofesores con quienes tuvimos el honor de conferenciar.

Comparando la naturaleza de los trastornos producidos en el órgano de la vision por las fiebres palúdeas como habrán visto nuestros lectores en el capitulo anterior con los que nos parecen debidas esclusivamente al sulfato de quinina, apoyados en el estudio de las más recientes investigaciones hechas sobre la accion fisiológica de dicha sal, establecen un verdadero antagonismo entre las lesiones ocasionadas por el paludismo y las determinadas por su específico el sulfato de quinina.

Si bien es verdad que las ambliopias ó amaurosis consecutivas á las fiebres paludeas púdieran interpretarse por embolias pigmentarias (Galegowski, Poncet) (1) no debemos sin embargo olvidar los casos de ambliopia observados independientemente de los accesos palúdicos y que han podido atribuirse á la intoxicacion quinica.

En estos casos caracterizados sobre todo por la falta de signos oftalmoscopicos no se presentan los fenómenos de neuritis edema de la papila ó estravasacion sanguineas de la retina propios de los manifestaciones del paludismo persistentes durante un tiempo mos ó meno largo : y que han servido á Galezowski para establecer el diagnóstico diferencial de ambliopia quinica en un caso recientemente publicado (2).

Hé aquí cómo se expresa Gubler á propósito de la accion fisiológico del sulfato de quinina. Si las dósis son considerables, el sujeto experimenta zumbidos de oido y vértigos, y si se elevan las dósis á dos, tres ó cuatro gramos, se observa una verdadera embriaguez, turba-

(1) *Loc. cit.*
(2) *Amblyopies et amaurosis toxiques*, 1879.

cion, cefalalgia frontal trastornos de la vista, midriasis y á veces una sordera completa. Hay además abatimiento general y algunas vecen se puede encontrar delirio con tendencia al estado sincopal : más adelante dice (1) : « Estos síntomas son la prueba del error en que se está, atribuyendo la embriaguez quínica á la congestion del cérebro cuando es debido, al contrario, á la isquemia de este órgano : se comprende así, porque el alcohol y los opiados hiperhemíantes de la sustancia nerviosa, tienen bajo este punto una accion antagonista. Sin embargo, la isquemia cerebral, no es la sola causa de esta embriaguez. Ella se produce cuando la quinina absorvida penetra en la sustencia nerviosa y la modifica de una manera especial. Tiene, sobre todo, una accion electiva sobre el nervio acústico y el gran sinpático. Ciertos enfermos esperimentan como fenómenos únicos los zumbidos de oidos y otros, despues de fuertes dósis, quedan sordos á la desaparicion del conjunto de síntomas que llamaremos *quinisma agudo.* » En otro lugar dice (2) : « Algunas veces se ha acusado á la quinina de producir meningitis meningo-encefalitis, nosotros creemos lo contrario-y en el caso de que tales afecciones existan ántes de su aplicacion, disminuiria la intensidad de los fenómenos cerebrales y constituiria desde luego un excelente tratamiento de la afeccion, ya sea de naturaleza reumática ó reconzca cualquier otro origen.

Lo anteriormente expuesto, nos inclina á creer que la quinina obraba en el órgano de la vision, del mismo modo

(1) *Loc. cit.*, pág. 71.
(2) *Loc. cit.*, p. 331.

que en el cerebro, es decir, provocando la isquemia de los vasos retinianos; sin embargo, la falta de precision en los síntomas del ojo en nuestros enfermos observados y la ausencia de aquellos en los que hace referencia De Graefe, nos hicieron ser cautos en la interpretacion de los hechos á fin de no dejarnos arrastrar de alguna idea preconcebida. Además veáse lo que publica el Diccionario de Dechambre en su artículo sobre la quinina y á propósito de la accion del sulfato de dicha base sobre el sistema nervioso : « fenómenos opuestos pretenden explicarse por el mismo modo de obrar » y para desconfiar más de su accion hiperemiante ó isquémica, basta leer lo que decia Vulpain (1) no ha mucho en sus lecciones sobre el aparato vaso motor « Tambien se han querido explicar los efectos tóxicos y terapéuticos de la quinina atribuyéndolos á una influencia constrictiva más ó ménos generalizada de esta sustancia sobre los vasos por el intermedio de los centros vaso-motores. Cuánta imaginacion gastada inútilmente! ¿Por qué no confesar sencilla y llanamente que nada sabemos del verdadero modo de accion de este medicamento ni de las razones fisiológicas de su maravillosa eficacia contra la periodicidad morbosa sobre todo en los casos de intoxicacion palúdea? »

Abundando en las ideas del sàbio profesor, hemos apuntado nuestras observaciones y ántes que hacer conclusiones que estuvieran màs ó ménos en armonía con la accion fisiológica que se le asigna al medicamento, pero

(1) *Diccyonaire encyclopedique des sciences medicals*, tomo I, série 3, pág. 223.

en oposicion con los mismos hechos clínicos, resolvimos experimentar en los animales.

Con el oftalmoscopio se ven las arterias y venas al descubierto, lo cual no ocurre en ninguna otra parte del organismo. Esta circunstancia nos pone en condiciones de precisar como nadie hasta hoy la manera de obrar la quinina sobre el sistema vascular.

Ocho perros y dos conejos fueron sometidos á la accion de esta sal por medio de inyecciones hipodérmicas. Estas se repitieron con regularidad hasta la muerte por intoxicacion. El exámen oftalmoscópico fué practicado en todos los periodos. Los animales murieron sin accusar ceguera; los síntomas generales no difirieron de los observados por otros experimentadores, pero el fondo del ojo poco síntomas nos suministró.

El fondo del ojo del perro y del conejo, así como de otros animales, se presta ménos á este género de investigaciones que el del hombre. La papila de aquellos se encuentra, por regla general, si no desprovista, por lo ménos escasa de los vasos propios que la imprimen su coloracion. Su aspecto recuerda la degeneracion del nervio y á ello contribuye la disposicion de las arterias y venas de la retina. Estas son en número menor y en vez de salir del centro del disco papilar, como en el hombre, parten de la periferia.

Sometidos los perros á fuertes dósis (de uno y medio á dos gramos) en corto espacio de tiempo han secumbido entre convulsiones, sin que ni al iniciarse los fenómenos de intoxicacion ni despues de iniciados hubiésemos notado cambio alguno en el interior del ojo. Extinguida la

vida se iba gradualmente presentando la decoloracion de la coróides como tienen consignado los autores. La autópsia de varios de estos animales, praticada por los Dres. Franca Mazorra y Arango, dejó ver congestion en todas las vísceras.

Ahora bien, si pretendemos deslindar la naturaleza de los trastornos visuales á qué dà lugar el paludismo y los que puede ocasionar la quinina, conviene que establezcamos las conclusiones que siguen deducidas de cuanto hemos expuesto en el curso de nuestro trabajo.

1. Las lesiones que se encuentran en el fondo del ojo, dependientes del paludismo y que pueden pertubar la vision son de carácter francamente congestivo ó inflammatorio.

2. Los que determina la quinina no son perceptibles, por lo ménos en los primeros tiempos.

3. Estas lesiones consisten en una ambliopia ó amaurosis tóxicas semejantes á la producida por el alcohol ó tabaco, que si al principio no dejan rastro alguno, terminan más tarde por la atrofia ó degeneracion del nervio óptico.

4. La misma ausencia de síntomas anatómicos suministrados por el oftolmoscopio y en relacion con los antecedentes del enfermo facilitan el diagnóstico de la intoxicacion.

5. La gravedad de los trastornos visuales á que puede dar lugar el sulfato de quinina, está en relacion como en las demás perturbaciones de la vista del mismo género con el grado á que ha llegado aquella. Así es que una

simple ambliopia podrá ser combatida ventajosamente, pero cuando se trata de una amaurosis y la percepcion luminosa se ha extinguido, la curacion es muy difícil ó imposible, pues coincide con la degeneracion del nervio óptico y los vasos de la retina.

## CAPITULO II

### Ambliopia congénita debida al estado rudimentario de ambas papilas.

Sin pretender ser los primeros en consignar un caso de esta naturaleza, debemos manifestar, que nada igual hemos visto en los autores que hemos recorrido, ni en las publicaciones periódicas que hemos hojeado; en todo caso tratase de una anomalia rarisima y tan poco frecuente, que siempre será útil añadir un caso mas á los que ya hubiere observados si hay alguno.

De Graëfe y Leber han publicado hasta 18 observaciones de afecciones hereditarias congenitas del nervio óptico con atrofia consecutiva de la papila; en todos estos casos la neuritis que dió lugar a la atrofia, se presentó en diferentes edades de la vida, habiendo gozado ántes los individuos de la integridad de su aparato visual, por cuya razon no hubiéramos calificado de congénitas afecciones dejandoles tan solo la denominacion de hereditarias puesto que se observaron sucesivamente en individuos de la misma familia.

Otro tanto pudieramos decir, de los tres casos publicados por Alexander de afeciones hereditarias de la vaina

del nervio óptico, cuyos resultados son bien análógos a los estudiados por Leber.

A igual grupo pueden referirse los observados por Daguenet y Galezowski en 1872 y las mismas consideraciones son aplicables á sus observaciones.

En los *Anales d'oculistique* (tomo LVII, p. 48) se encuentran dos notables casos de Amaurósis congénita, recogidos por W. Newman en las hermanas Carolina y Betsy Alderman, las cuales nacieron ciegas. Newman no pudo examinar al oftalmoscopico, mas que á la menor, Betsy, la cual carecia en absoluto de papilas y de vasos retinianos; supuso que en los ojos de la mayor existiria la misma falta, pues á causa de su exesiva movilidad no le fué posible observarla.

Brieré observó un caso en 1876 de ceguera absoluta por falta de papilas, en todo análogo álos citados por Newman, sin otra diferencia que en el del primero existian los vasos, y refiere que en 1874 habia visto otro semejante.

Robert Oglesby, en el *Ophthalmic Hospital Reports* (vol. VI, 4ª part., p. 272) dá cuenta de un niño de nueve meses ciego de nacimiento y de aspecto saludable; no habia á que atribuir la pérdida de la vision, pues tampoco existian antecedentes especificos.

La papila se presentaba como una mancha de muy poca estension y de la cual salian los vasos; la coloracion era normal pero no asi la forma pues estaba dividida por una especie de puente estrecho. Las venas eran muy voluminosas. Las arterias, la retina y la coroides parecian sanas.

En el ojo derecho la papila estaba representada por

una opacidad de color aplomado y forma curiosa; un detenido examen no descubria un solo vaso.

Este último caso se acerca mas al que hoy presentamos aun que hay entre ellos notable diferencia, tanta como entre ceguera completa y la ambliopia por considerable que sea.

— Observacion redactada por el médico militar Dr Arias Gago. Pablo Perez, natural de Artemisa (ysla de Cuba), se presentó en la consulta el dia 28 de marzo de 1879. De poca estatura, temperamento linfático y regulares proporciones, marcha con la cabeza baja é inclinada hácia un lado aunque va conducido por su podre.

Refiere este Sor. que su hijo es casi ciego de nacimiento por cuyo motivo no han podido dedicarle jamás á cosa alguna. Hasta la fecha no ha sido reconocido ni tratado por ningun médico.

En su familia no ha habido ningun ciego.

Apesar de sus 25 años, tiene el carácter y las maneras de un niño, de escasisima inteligencia y exesivamente timido llora y rie con igual facilidad; su hábito exterior sin ser muy caracteristico, denota desde luego cierto grado de imbecilidad, que se manifiesta apénas se le interroga. Su inteligencia es tan defectuosa como sus ojos.

El padre tiene grandes semejanza con su hijo; de la misma estatura, cabeza pequeña y ángulo facial bastante agudo, deja adivinar sus cortos alcances.

Los ojos de Pablo, no presentan al exterior mas que un nistagmus muy graduado; el iris azul verdoso, es sensible á la luz y la pupila está algo mas dilatada que en lo normal.

La agudeza visual no pudo comprobarse por no saber leer; dice que distingue los bultos de las personas sin reconocer las fisonomias; en la calle puede defenderse de los carruages y los caballos sin apreciar detalles de forma ni color.

A pequeña distancia reconoce los objetos, lo que pudimos comprobar acercandole un libro, un pañuelo, etc.

Distingue tambien los colores principales, siendo aventurado, promuciar una opinion respecto á los colores pálidos atendida la escasez de su inteligencia.

El Dr Santos intentó explorar el fondo del ojo con ayuda de oftalmoscopio lo que no pudo conseguir sino de un modo incompleto, por el continuo temblor que los agita: apésar de este inconveniente manifestó desde luego que se trataba de una afeccion del nervio óptico; entonces le ocurrió cloroformizar al individuo con objeto de inmovilizar los ojos y poderle examinár a nuestro gusto. Asi se hizo no sin resistencia y llanto por parte del paciente, y prévia la dilatacion de la pupila pudimos observar lo siguiente.

La papila, encontrada con alguna dificultad estaba reducida á una pequeña mancha blanca ligeramenta amarillenta de forma oblonga y de un tercio próximamente del tamaño normal; de su centro salian unos vasos exesivamente ténues y de escasas ramificaciones; al rededor de esta pequeña mancha existe una zona estrecha de color gris azuloso, casi confundida con el color rojo de la retina; esto ligera sombra parecia indicar el saitio que debio ocupar la papila si hubiera llegado a desarrollarse.

La retina estaba sembrada de manchas pigmentarias numerosas, distintas de las que se presentan en las alteraciones conocidas como en la retinitis pigmentaria, especifica, coroiditis atrofica, etc.; en este caso presen-

taban el aspecto de pequeñas semillas de linaza irregularmente disseminadas, las que ocupaban la periferia, y punteado fino en las immediaciones de la papila. Su coloracion gris-negruzca no se parecia tampoco al negro intenso de las pigmentaciones ordinarias.

El color del fondo del ojo rojo intenso en la periferia íbase haciendo mas claro y como anaranjado hacia el centro.

Todos estos detalles pudimos apreciarlos detenidamento sirviéndonos alternativamente del oftalmoscopio

simple de Galezowski y del fijo del mismo autor. Con el reflector veianse los vasos á bastante distancia pero tambien se veian de cerca, lo que unido á la falta de estafiloma posterior nos hizo desechar la idea de una miopia; lo que se comprobó, mas tarde, pues las lentes asi cóncavas como convexas aun dificultaban mas su escasa vision.

El diagnóstico quedó formulado desde luego de Ambliopia congénita debida al desarrollo rudimentario de ambas papilas.

Fácil es darse cuenta del trastorno funciornal observado; es bien sabido que el nervio óptico no es susceptible de apreciar las sensaciones luminosas y que su expansion papilar es el único puntum cecum del fondo del ojo, pero en cambio el nervio, y la papila por lo tanto, son los únicos encargados de llevar al cerebro donde se elaboran, las impresiones sentidas por la retina; asi que en el caso citado por Newman, donde el aparato óptico estaba completo faltando en absoluto la papila, las imágenes se pintarian sin duda en la retina, pero el individuo no tenia conciencia de su presencia por faltar el órgano encargado de la trasmision; en este caso el órgano está en estado rudimentario y aun suponiendo que su retina tuviese todas las condiciones de integridad, lo que puede dudarse atendida su pigmentacion y su escasez de vasos, las impresiones serian siempre confusas y mal definidas, por la insuficiencia del nervio óptico, conductor de las mismas.

## CAPITULO III

**Amaurósis congénita, curada espontáneamente á la presentacion de la primera erupcion menstrual.**

---

Una revolucion inmensa se efectúa en el organismo de la jóven cuando el flujo menstrual nos anuncia la época de su pubertad.

El útero y en general los órganos de la generacion son los que esperimentan mas el influjo de semejante metamórfosis en toda la economia.

Reducida la matriz á un pequeño volúmen, asi como los ovarios, las trompas y los pechos, se acrecientan de un modo muy notable.

Los huesos y los músculos, participan de este desarrollo, la moral misma ofrece diferencias importantes.

Parecerá que una funcion observada, desde los primeros tiempos y sobre la que se han publicado millares de escritos, deberia presentar poco interés al médico investigador; asi sucederia si nos limitáramos á proposiciones generales, pero si se dá á este estudio la precision que la ciencia moderna exige, encontraremos en él cada dia nuevos y ricos veneros que esplotar.

La aparicion de las reglas, dá lugar en algunos casos á enfermedades y trastornas más ó ménos graves, he-

morragias, dolores, neuroses variadas, etc., etc.; con más frecuencia sin embargo, corrigen ciertos estados morbosos y producen como por encanto la curacion de antiguas y molestas dolencias; es preciso no perder de vista que la menstruacion es una funcion fisiólogica, un cambio que opera la naturaleza, para el cumplimiento de sus altos fines y que todo lo que es natural, tiende invariablemente al bien; asi se esplica que sus efectos en general, sean más utiles que nocivos, para los organismo en quienes se verifica tan misterioso cambio.

A este proposito citaremos las palabras de Brière de Boismont (1), que dice así:

« La aparicion de las reglas ejerce la más feliz influencia en las enfermedades de la época. Muchas veces es el signo de su curacion y en gran número de casos imprime cambios notables en la organizacion. Ciertamente la accion general de la pubertad es incontestable; pero tambien es evidente que una multitud de jóvenes delicadas, enfermizas, achacosas, presas de enfermedades más ó ménos antiguas, algunas veces graves, parecen renacer á la vida cuando sobreviene la aparicion de las reglas; su rostro flaco y amarillento se cubre de los más brillantes colores, sus miembros delgados y débiles, se redondean y robustecen; se borran las lineas rectas, para ser sustituidas por curvas elegantes, y el triste cortejo del dolor y el mal se alejan á toda prisa. Esta feliz influencia de las reglas en la solucion de las enfermedades era ya indicada por Plinio.

(1) *De la menstruation dans ses rapports physiologiques et pathologiques.* Paris, 1842.

Con la aparicion de los ménstruos se disipan los infartos glandulosos del cuello, de las axilas y de otras partes del cuerpo; los tumores de las articulaciones se resuelven; los focos y úlceras que provienen de abcesos frios se secan; la supuracion de las orejas cesa; las oftalmias escrofulosas, los catarros intestinales crónicos, las fievres continuas que estamos léjos de conocer bien, las calenturas intermitentes, la clorosis ligada al retraso de los ménstruos y otros desarreglos de esta funcion se curan por el derrame regular de sangre.

La accion de la primera menstruacion se manifiesta en otros muchos casos. Asi es que detiene varias hemorragias como la epistaxis, y la hemate-mesis; hace cesar las oftalmias por plétora, la incontinencia de orina, ciertas hidropesias y una gran cantidad de flegmasias cutáneas. Mas de una vez hemos visto enfermedades de la piel que habian resistido durante algunos años á todos los remedios, desaparecer en pocos dias despues de la aparicion de las reglas.

El influjo de la funcion menstrual se ha reconocido infinitas veces en las afecciones nerviosas. Los anales de la medicina contienen muchas observaciones interesantes de jóvenes epilépticas, en las que la evacuacion sanguinea ha quitado para siempre los ataques. ”

El caso que vamos á referir, ofrece una de estās transformaciones tan notable, tan completa y tan intima é inmediatamente ligada á la funcion menstrual, que nada pudiera comprobar mejor las palabras del illustre autor que hemos mencionado.

Los tratados de enfermedades de los ojos y los de to-

cología, dan cuenta, aunque incompletamente de observaciones de ambliopias y amaurósis, curadas al aparecer el flujo catamenial.

Esas observaciones, se sefieren à una época anterior, al descubrimiento de Helmholtz, y como todo cuanto contiene la literatura de aquellos tiempos, carece de la precision que imprime en esta clase de enfermedades el exámen del interior del ojo.

El hecho de que nos ocupamos no tiene igual en los anales de la ciencia, al ménos nada hemos encontrado que se le parezca; si dado el constante afan de investigacion que caracteriza á la época actual está consignado ya, no nos arrepentiremos de haberlo descrito, pues no será tan frecuente observarlo que carezca del interés de que para nosotros se halla revestido.

He aqui la observacion á que nos referimos y cuyos datos recogidos por nuestro comprofesor el Dr. Arias Gago, son los siguientes :

El dia 23 de Marzo de 1879, se presenta en la consulta del Dr. Santos Fernandez la Sta. Aurora X. acompañada por un conocido médico de esta capital.

Ninguna dolencia le obligaba á consultar; á instancias del profesor que la acompañaba se prestó en obsequio á la ciencia á ser objeto de una detenida observacion.

Tiene en la actualidad 22 años, es de regular estatura, bien desarrollada y temperamento linfático nervioso.

Originaria de una capital de la América del sur es hija de un caballero Aleman y una señora de nuestra raza.

Ha sido siempre de buena salud y otro tanto refiere de sus padres.

Dice que nació ciega.

Esta circunstancia, la de ser única y ricos los padres, dejan entender desde luego, los esfuerzos de todo género que harian para curarla y los innumerables medios que debieron poner en juego y que ella recuerda vagamente.

Convencidos al fin de la inutilidad de los remedios, desistieron de toda tentativa, dejando tranquila á la niña.

Asi trancurrieron 14 años y medio.

En esta época y poco ántes del suceso que vamos á referir, la conoció el profesor que hemos mencionado.

Una mañana al despertarse, advirtió una porcion de sensaciones estrañas; las colgaduras de su cama, las cubiértas, los muebles de la habitacion y cuantos objetos la rodeaban, se presentaron á ella con formas desconocidas é insólitas; en tal situacion, y asustada por la novedad de cuanto la ocurria, lanza un grito de terror, acude la madre, y la encuentra fuera de la cama y ensangrentada la camisa; reconoce que su hija era núbil, se persuade, por sus ademanes y palabras de quevé y he aqui una escena de llanto y alegria; entran el padre y otras personas de la casa; la madre oculta á su hija de indiscretas miradas, la tranquiliza y la vuelve á la cama.

Desde este momento empezó para la niña una nueva educacion; conocia á todas las personas y los objetos todos, con el auxilio de los otros sentidos, miéntras que ahora le fué necesario, referir y relacionar, las nuevas impresiones de la vista á los recuerdos y á las ideas adquiridas por el intermedio del tacto y el oido principalmente.

En su hábito esterior, nada se encuentra que pueda hacer sospechar tan estraña amaurósis; los ojos son grandes y abultados, como se observan generalmente en los miopes, el izquierdo presenta con relacion al derecho, un ligero exorbitismo.

Hace unos 6 años proximamente recibió un golpe sobre los huesos propios de la nariz y parte del arco orbitario izquierdo, que se presenta abultado en su estremidad interna é inferior, á consecuencia de ser asaltado el carruage donde iba con su familia; á esta circunstancia hubieramos atribuido el exorbitismo, si no nos asegurase que siempre ha existido.

La agudeza visual era perfecta, pues acercando el libro leia los caracteres más pequeños de la escala tipográfica, con ambos ojos sucesivamente. A distancia, reconocia con bastante perfeccion la fisonomia de las personas sirviéndose de lentes cóncavos del numero 8.

Al reflector se ven los vasos cuyos movimientos van en sentido inverso del observador. En el interior del ojo, todo es fisiológico, se vé hácia la parte esterna de ambas papilas un ligero estafiloma posterior casi imperceptible á la derecha y de dos lineas de estension á la izquierda.

Estos síntomas confirmaron la existencia de una miopia media.

Como esplicar la amaurosis y su curacion?

La falta absoluta de lesion anatómica en el fondo del ojo, la transparencia perfecta de los medios, el desarrollo normal de la papila y de los vasos, siendo racional suponer su perfecta integridad desde el nacimiento?

Los antecedentes de los padres, nada nos ilustran, y en tal estado la cuestion, sin dato alguno que pueda ponemos en camino de una solucion satisfactoria, creemos lo más oportuno suspender el jucio repitiendo las palabras de Ribaud Landran, ante un caso tan oscuro como este. « Cuestion tan dificil como oscura que no tengo la pretencion de resolver aqui.

« El papel del observador en casos de esta naturaleza, me parece que debe consistir simplemente, en comprobar el hecho y señalarlo. Ir más léjos y esplicarlo, seria en mi concepto, lanzarme inútilmente en el mundo fantástico de las hipótesis.

« Abstenerme en la duda es dar pruela de prudencia y circúnspeccion. » Seguiré este precepto y me limitaré á abandonar los hechos, á las reflecciones de los prácticos y de los fisiólogos.

## CAPITULO IV

### De las enfermedades del nervio óptico por causa cerebral.

El estudio de las afecciones cerebrales por medio del oftalmoscopio, es uno de los acontecimientos que más han llamada la atencion en el vasto campo de las investigaciones modernas; el instrumento portentoso con que Helmholtz, puso à descubierto las rejiones internas del ojo, ha servido más tarde para que otros observadores se propusiesen averiguar, las maravillosas y secretas funciones del cerebro.

Estos estudios tienen su principio, en un importante trabajo que sobre las inflamaciones del nervio óptico vió la luz pública on los *Archiw für ophtalmologie* por los años de 1860; de Graefe su autor, en una notable observacion, señala por la primera vez la coexistencia de la neuritis óptica y de un tumor cerebral; á este trabajo, sucedieron otros y otros, siendo hoy numerosos los autores que se han ocupado de tan trascendental asunto.

Si hechamos una ojeada sobre la anatomia del ojo, vemos que el segundo par de nervios craneales, encargado de unirle intimamente al cerebro toma su origen en las

rejiones de este que conocemos con el nombre de tuberculos cuadrigéminos nates y testes. Desde su emergencia de la masa encefálica, hasta que aparece en el polo posterior del ojo, constituyendo la papila, van envueltos por la pia-madre, membrana vascular, y una de las más importantes del cerebro. La dura-madre tambien les presta una prolongacion que se estiende, envolviéndolos hasta la esclerótica, con la cual se confunde, miéntras que la pia-madre traspasa los bordes del orificio esclerotical, prolongandose á veces hasta la retina. Entre una y otra cubierta formada por las dos meninges, se estiende un tejido celular, flojo, que algunos autores consideran como la continuacion del tejido celular sub-aracnoidéo.

La arteria central de la retina se encarga casi esclusivamente de la nutricion de esta membrana y solo cede al nervio algunas ramas colaterales.

La intima relacion del ojo con los centros nerviosos esta demostrada, por las esperiencias hechas á este propósito; la ablacion de los tubérculos cuadrigéminos ó bigéminos, segun la clase de vertebrados, da por resultado la pérdida de la vision, con inmovilidad y dilatacion de la pupila, como han tenido ocasion de comprobarlo Vulpian y Philipeaux.

De este modo se comprende que cuando los trastornos cerebrales de tal ó cual género, se propagan ó se localizan en lo que pudieramos llamar, centros ópticos, la vida del nervio, del mismo nombre, ha de resentirse manifestandose-sus alteraciones en la papila.

Lo que decimos del nervio óptico por ser el órgano más importante del aparato visual, puede decirse á los

otros nervios, craneales, que prestan su concurso al acto de la vision.

A pesar de la útil ayuda que presta el oftalmoscopio, en el diagnóstico de las afecciones cerebrales es presiso sín embargo limitar, sus aplicaciones, pues de lo contrario, con frecuencia se incurriria en la falta de pretender conocer todas las enfermedades, por medio de tan ingenioso instrumento.

Asi, algunos autores han creido que las hiperemias y congestiones del encéfálo determinan estados congestivos de la papila, apreciables con el oftalmoscopio; á primera vista parece racional esta opinion, más á poco que se reflecciona no estrañaremos que no éste conforme con la observacion clinica; es presiso tener en cuenra que el sistema vascular del nervio óptico es independiente, relativamente, del cerebral; por otra parte se ha observado muchas veces que los mayores trastornos de la circulacion de la cabeza apénas han influido en el estado del fondo del ojo.

El hecho sentado por el autor de la cerebroscopia, de « leer en el ojo lo que pasa en el cerebro », espuesto sin la menor restriccion, léjos de ser beneficiosa, tiende á desprestigiar un medio diagnóstico de gran valia, cuando se emplea en sus justos limites.

Del mismo modo que, en los tiempos Hipocrátes las formas de los esputos, era un síntoma de importancia, y sigue siendolo en el diágnostico de las enfermedades del pecho, á pesar de la auscultacion, igualmente los vómitos, la abstriccion, el extrabismo, y algun otro sintoma funcional, han sido y serán la pauta del clinico, en

STON MEDICAL
JUL 19 1911
LIBRARY

los trastomos de los centros nerviosos. En confirmacion de lo que decimos, basta recorrer el cuadro del mismo autor y que comprende 50 observaciones (1).

Si despues de revisarlo nos detenemos en leer cada una de las observaciones, veremos que en la mayor parte de los casos, llama la atencion del clinico la enunciacion de esos tres sintomas que parecen no fallan nunca; lo que no quiere decir que el concurso del oftalmoscopio no sea utilisimo para el esclarecimiento del diagnóstico y confirmacion del pronóstico.

Las afecciones cerebrales que ocasionan en la manera de ser del nervio óptico, fenómenos capaces de percibirse á través de los medios trasparentes y que pueden ser comprobadas por la autopsia, son, la meningitis y encefalitis, en especial las basilares; los tumores, y abcesos principalmente los que ejercen compresion en los tuberculos cuadrigéminos, la apoplegiá, la esclerósis en placa, el reblandecimiento por embolia y la ataxia locomotriz; los tres primeros dan mas frecuentemente lugar á la neuritis óptica y los restantes á la atrofia de la papila.

Las siguientes observaciones recogidas por nuestro amigo el médico militar Dr Arias Gago se refieren á las del primer grupo. Si bien no tenemos la pretension de juzgarlas completas, por faltar en todas la investigacion necroscópica, la terminacion funesta de la mayoria de los casos y los desórdenes funcionales observados por parte del cerebro coexistiendo con la neuritis óptica, nos dan derecho á sustentar nuestro diagnóstico y á proclamar

(1) E. Bouchut, *du Diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscopie.*

la importancia del oftalmoscopio en casos de este género, más frecuentes de lo que generalmente se cree.

### Observacion I.

Carlos Guerra, natural de la Habana de 8 años de edad, temperamente linfático. Se presenta en la consulta del Dr. Santos Fernandez el dia 13 de Abril de 1876.

A sufrido 2 ataques de alferecia, el último hace dos años, angina diftérica, cólera infantil y vermes intestinales.

Su padre padece una atrofia de la papila, que aunque avanzada, ha quedado estacionaria; la madre es de un temperamento nervioso bastante marcado, una hermana de esta señora murió de tisis.

Hace diez dias que el niño fué á los toros y se afectó considerablemente, en presencia de una de esas escenas tan frecuentes en dichos espectáculos; empezó á sentir fatigas y sudores, frialdad y malestar general, en este estado fué conducido á su casa.

Al siguiente dia el niño se encontraba triste y abatido aunque sin fiebre al decir de los médicos que le examinaron, sin el auxilio del termómetro.

En los dias que siguieron observó la madre que el niño tenia recargos al mediodia, encontrandose fresco por lasmañanas; ocho dias despues de haber ido á los toros, empezó á ver dobles los objetos, á sentir sonnolencia y pezadez, vómitos, dolores de cabeza, unas veces en la frente y otras en la nuca. Habitualmente padece de astriccion.

Al esterior no presenta otro sintoma, relativo á la vision, que un estrabismo convergente, poco pronunciado del lado izquiendo. Examinado en la cámara oscura, y haciendole mirar una luz, provisto uno de los ojos de un cristal rojo, acusa diplopia de imagines homónimas; no precisa los cambios que estas sufren llevando la luz de un lado á otro.

El examen oftalmoscópico, no suministra otros sintomas que los que refieren al nervio óptico; la papila presenta mayor diametro y más relieve que en el estado normal; los bordes velados, el color blanco sucio y las venas en su trayecto retiniano

aparecian engrosadas; hacia la region de la mácula existia un foco hemorrájico considerable.

Acerca de la agudeza visual el niño suministraba muy pocos datos, pues no sabiendo leer, tan pronto decia que no veia, como que veia bien.

Desde luego el Dr. Santos diágnosticó una neuritis óptica incipiente de causa cerebral.

Habitando la familia de este niño una localidad malsana, al pié de las paredes de un cementerio, las cuales servian de muro esterior á multitud de nichos, en los que se imhumaban y exhunuaban numérosos cadáveres, se aconsejó á la familia, su traslacion á Marianao, lugar situado á la orilla del mar, sano y bien ventilado; prescribiendo al enfermo los reconstituyentes y el bromuro de potasio.

A los pocos dias de haberse trasladado á dicha localidad el niño recobró la alegria y viveza de ántes, entregandose á los juegos de su edad, con la apariencia de la completa salud.

En 1° de Noviembre, siete meses despues, creyendo la familia exento al niño de todo peligro, pues hasta el estrabismo habia desaparecido, le trajeron á la Habana volviendo á su antigua casa; més y medio despues (15 de Diciembre), proximamente, volvió á sentir por las tardes la tristeza y abatimiento que mencionamos ántes; en esta época le vimos y le encontramos en el mismo estado que la primera vez; el médico que le asistia creyo que se trataba de paludismo y le aconsejó, la vuelta á Marianao, ocurriendo esto á principios de Enero de 1877. Alli permaneció pocos dias, porque se presentaron nuevamente los vómitos glerosos y se aumentó el malestar general.

Siguieronle tratando como palúdico sin resultado alguno, antes al contrario se agravaron los sintomas que existian y se presentaron otros nuevos, por lo que fué llamada en consulta el Dr. Santos el 1° de Marzo, en union del médico de cabecera y otro más.

Los nuevos síntomas consistian en una hemíplegia del lado izquierdo, con alternativas en la sensibilidad del mismo lado y segum observacion de la madre, el niño no veia del ojo izquierdo y estaba muy torpe el derecho.

Examinado al oftalmoscópio se comprobó de un modo indu-

dable, la atrofia completa de la papila á la izquierda, y muy incipiente á la derecha.

El médico de cabecera, insistió en su diagnóstico de paludismo y el Dr. Santos en el suyo de neuritis óptica por causa cerebral, sí bien no se atrevia á determinarla y el terceró sin negar las razones en que apoyaban los anteriores sus respectivos diágnosticos, in-dicó la conveniencia de averiguar, si existian vermes en el intestino, á cuyo fin fué instituido un tratamiento apropiado, el cual no dió resultado alguno.

A fines de Abril esperimentó la madre gran alarma, pues estando el niño en el sillico, le advirtió gran torpeza en el hablar, tortícolis y contractura de los músculos de la cara.

Cuando el Dr Santos llegó á la casa, estos sintomas habian desaparecido y observandole detenidamente, notó que la hemiplegia persistia y la atrofia de la papila del lado derecho estaba bas tante avanzada.

El 22 de Mayo, la atrofia de ambas papilas era completa, los vasos estaban adelgazados, apénas existia percepcion luminosa.

El 5 de Agosto, la papila del ojo izguierdo, disminuida de volumen y la vision abolida en el mismo.

En Diciembre la amaurosis era total.

Los desarreglos de vientre eran constantes, alternando caprichosamente la astriccion y la diarrea; en esta epoca sufrió un ataque de convulsiones que le duró algunos horas.

Estos sintomas se fueron agravando en los dias sucesivos falleciendo el niño en el mes de Marzo de 1878.

### Observacion II.

La negra N. Cabrera, procedente del campo, de buena constitucion y de unos 30 años de edad proximamente, fué visitada en su domicilio por el Dr. Santos á ruego del Dr. Cubas, en la noche del 22 de Julio de 1876.

La enferma se hallaba colocada bajo un cobertizo, que debió ser caballeriza, situado en el fondo de la casa; tendida sobre un catre, quejábase de agudos dolores en toda la cabeza y muy especialmente en el occipucio, decia estar completamente ciega, y era tan poco inteligente, que el interrogotorio fué infructuoso, con tanto más motivo cuanto que los violentos dolores

que sufria, contribuian á distraer su atencion, de las preguntas que se le dirijian. Otras negras alli presentes, tampoco pudieron ilustrar más las antecedentes, pues solo sabian que la enferma habia llegado de una finca del campo, asegurando una que su mal databa de 4 meses.

En las malas condiciones espresadas y haciendo uso de una bujia procedió el Dr. Santos al exámen oftalmoscópico, pues al esterior no se notaba más que la dilatacion de la pupila y cierta pereza palpebral. El oftalmoscopio puso de manifiesto una neuritis óptica en ambos ojos. Con estos datos y sin esperanzas de obtenerlos en mayor número, se consiguó en la observacion el diágnostico de neuritis óptica de ambos ojos, de causa cerebral.

El Dr. Santos dejó una nota escrita al Dr. Cubas, manifestándole que calificaba la afeccion grave para la vista y para la vida de la paciente, á la cual ordenó media docenas de sanguijuelas á cada sien y los calomelanos á dosis purgante.

Al siguiente dia por la tarde, repitió la visita, encontrando á la enferma, sentada en el patio de la casa; observó que no la habian puesto las sanguijuelas, preguntó si la habia visto el Dr. Cubas y como le dijeran que no, se retiró sin detenerse en nuevas averiguaciones.

A pesar de tener consignados en sus notas los sintomas observados y especialmente la neuritis, llegó á dudar de la exactitud de su diagnóstico.

Pocos dias despues, se encontró casualmente con el Dr. Cubas y como permaneciese todavia en la duda, no tuvo inconveniente en manifestarle sus temores, de haber tomado por grave, una afeccion que parecia no serlo; dicho profesor no solo le manifestó que estaba lejos de haberse equivocado, sino que por el contrario su diagnóstico se habia confirma-do bien pronto, con la muerte repentina de la enferma, acaecida al dia siguiente de su segunda visita, aña-diendo como confirmacion de ello que habia espedido el certificado de defuncion en el concepto de una afeccion cerebral que no pudo precisar cual fuese.

### Observacion III.

Dª N. N. natural de Bejucal, provincia de Habana, de 51 años de edad, casada y con varios hijos de los cuales dos fallecieron á consecuencia de tuberculosis pulmonal en edad adulta; fué visitada por el Dr. Santos Fernandez, en su domicilio el dia 25 de Julio de 1875.

Esta señora de mediana estatura y un tanto obesa, tenia el aspecto de buena salud habitual; su mirada era vaga como la de un amaurótico.

Inquiriendo la causa de su enfermedad, tanto ella como su esposo manifestaron, que hacia 10 meses, á consecuencia de un disgusto ocasionado por el casamiento de una de sus hijas, perdió la vista casi repentinamente; llevada á la capital, fué visitada por dos facultativos sucesivamente, el último de los cuales le prescribió los calomelanos, asegurando la enferma que á este medicamente debió su completa ceguera, por haberse verificado en aquellos dias, lo que desde luego no fué más que una simple coincidencia.

De lo manifestado por el esposo, deducíase claramente que esta señora de carácter enérjico, activo é imperioso, era la que mandaba en la casa y dirijia sus asuntos, pues el ma-rido se felicitaba de que gracias á su intervencion, habia podido lograr una regular fortuna, mejorando asi la condicion de la familia.

En la época referida, la enferma pasaba el dia sentada al lado de su cama, sintiendo frecuentes desvanecimientos; al ponerse en pié ó al andar, le parecia que la hacian dar vueltas; sentia tambien dolores en el occipucio y padecia de astriccion é insomnios. Los parpados se monstraban perezosos; la pupila no se contraia bajo la accion de la luz; la percepcion luminosa estaba totalmente abolida, por más que durante los ensayos hechos para comprobarla, tanto ella como su esposo, tenian tal empeño en convencerse de la contrario, que á veces se dudaba su existencia.

Sin necessidad de dilatar la pupila, se comprobó desde luego con el oftalmoscopio, la integridad de los medios y membranas que constituyen el globo del ojo. Los sintomas de una neuritis

óptica en que la infiltracion iba en vias de reabsorcion eran manifestos.

En consecuencia de lo espuesto se diagnosticó una neuritis óptica doble de origen cerebral.

Se prescribio el Ioduro de potasio al interior y el uso de la electricidad, sin mencionar, los varios agentes empleados, para llenar indicaciones racionales, en la astriccion, el insomnio etc. Diez meses despues falleció, segun nos comunicó su esposo.

### Observacion IV.

El niño Francisco Vades, natural de Guanabacoa, de 11 años de edad, temperamento nervioso y regular desarrollo, se presentó en la clinica el dia 11 de Abril de 1876 y fué anotado con el número 2791 del registro clinico.

Como antecedentes pudimos obtener que su padre, murió tisico y tambien un hermano del padre. La madre ha sufrido diferentes ataques de epilepsia.

Hace un año dice la madre, al salir de la iglesia donde estaba cantando, *se quedó visco*; por esa época tuvo vómitos y dolores de cabeza que con alternativa han durado hasta la fecha. El estrabismo desapareció al mes, quedándole siempre alguna torpeza en la vision.

Actualmente, presenta en la cara una erupcion impetiginosa, aunque no fácil de definir. La pupila dilatada en ambos lados, mas en el izquierdo. No es posible precisar la agudeza visual porque no sabe leer.

Al oftalmoscopio, se vé la papila velada, los vasos borrados en sus inmediaciones y engrosadas las venas en el resto de su trayecto.

Se diagnosticó la afeccion de Neuritis óptica de causa cerebral.

*Julio* 30.— Vuelve á la consulta; segun la madre se halla mejor, está más alegre. Las pupilas continuan dilatadas y al oftalmoscopio el disco de la papila, es menor y aunque no está nacarada, acusa tendencia á la atrofia, los vasos adelgazados.

*Setiembre* 16 *de* 1878.— Han trancurrido dos años y dos meses y medio; durante este tiempo le han asistido diferentes profesores; por las esplicaciones que da la madre, parece que la

atrofia del nervio óptico se calificó de naturaleza diatésica; aunque la papila está más atrofiada, la madre cree que su hijo vé más claro que antes; se le ordenaron los reconstituyentes y el bromuro de potasio al interior.

*Noviembre 11.* — Refiere la madre que se duerme en todas partes; no hay cambio en el interior del ajo.

*Enero 3 de 1879.* — Las papilas estan completamente atrofiadas, de un color blanco, nacarado, como la tela de cebolla; el niño permanece en su asiento como desfallecido, tal como si le hubiese dado un vahido y de tres dias á la fecha se le presentan mareos frecuentes y un sueño tan pertinaz, que apénas se suspende el exámen, se inclina sobre la mesa y duerme; los vómitos glerosos son cada vez más repetidos y su estómago no tolera ni el agua, la cual devolvió una vez en la consulta; tiene sed frecuente y astriccion exagerada. La temperatura general del cuespo disminuida. Durante la noche, despierta diferentes veces, llamando á gritos á la madre.

*Enero 4.* — Habiendo suplicado al Dr Sampera, médico de la localidad donde vive el niño, que le observe, siempre que pudiera hacerlo, nos escribe diciendo que el pulso es depresible, dando tan solo 54 pulsaciones; la temperatura, disminuida al tacto, marca en el termometro centº 36º en la axila, los mareos y los vómitos continuan, presentando se fuertes dolores de cabeza.

Estos sintomas se agravaron más cada dia, hasta su fallecimiento, ocurrido en el mes de febrero siguiente.

### Observacion V.

M. H., natural de Alacranes, de 51 años de edad vino á la consulta el 23 de Mayo de 1878, dirigido por el médico de aquella localidad hermano del Dr. Santos y fué anotado en el numero 5777 del registro clinico.

De aspecto melancólico, con esa depresion caracteristica de los sordos y de constitucion empobrecida.

Refiere que perdió el oido, segun su opinion, á consecuencia de las altas dosis de quinina que le propinaron en época muy anterior, á causas de una fiebres que padeció.

Hace un mes sufrió un ataque en el que se-quedó sin poder

hablar durante algunos minutos; de 15 dias á la fecha, se le presenta una niebla que le impide ver las fisonomias; ha padecido otras veces dolores de cabeza pero munca tan fuertes como ahora, sintiendolos de preferencia en las sienes. Aqueja tambien estreñimiento.

Segun pudimos deducir de su conversacion sostenida por algun tiempo, parece ser que el mencionado ataque tuvo su origen en contrariedades y disgustos, producidos por el casamiento de uno de sus hijos.

A la misma causa pudiera r eferirse el estado de su ánimo y la apariencia melancolica de que hemos hecho mencion.

Corregida la presbicia propia de la edad, con lentes convexos numero 10, leia los segundos caracteres de la escala tipografica.

La pupila se encontraba bastante contraida y para examinar el interior del ajo, fué necesario recurrir á la atropina.

Las papilas se encontraban ligeramente veladas, las arterias de color encendido y las venas engrosadas; en diversos puntos del fondo del ojo se veian hemorragías, del tamaño de cabeza de alfiler y mayores; en otros sitios pequeñas atrafias coroidianas.

Se diagnostico una neuro-retinitis, apoplética de causa cerebral.

Como tratamiento se le ordenó el Ioduro de potasio al interior y una pomada mercurial á la frente y sien y los calomenanos á dósis purgante.

Mayo 22. — Vuelve á la consulta y nos manifiesta que el insomnio no le permite descansar durante la noche, cree ver mejor, despues de haberle instilado la atropina; en el interior del ojo no hay variacion.

No le volvimos á ver y en Setiembre del propio año, tuvimos la desagradable noticia de su fallecimiento.

### Observacion VI.

La niña S., natural de Guanabacoa, de 7 años de edad proximamente, fué examinada por el Dr. Santos á instancia del Dr. Rivero, medico de la familia de aquella, el dia 17 de Febrero de 1879.

El Dr. Rivero, refirió estarla asistiendo desde hace un ano, de una caries de los hueros de una pierna, habiendo hecho uso de medios quirurgicos como dilataciones y estraccion de secuestros, haciendo notar que siendo la niña de un temperamento linfatico-nervioso muy acentuado tenia vómitos glerosos á diferentes horas del dia, especialmente por las mañanas, que padecia dolores de cabeza frontales, segun la madre, y desvanecimientos en que acusaba no ver, ó ver cosas de diferentes colores; parecia observar igualmente que los ojos estaban mas salientes, locual rectificaban los padres, sospechando que la predisposicion á padecer de los huesos, fuere causa de algun trastorno de los del cráneo, ó de la órbita, dando lugar á los desórdenes observados por parte de la vision.

El aspecto de los ojos de la niña efectivamente abultados, hacian pensar en una miopia, con tanta más razon, cuanto que el padre, era miope y la niña tenia con él gran semejanza.

Predispuesto el Dr Santos á creer que se trataba de esta anomalia de refraccion, pasó á la cámara oscura y aunque la pupila no estaba muy contraida, no pudo descubrir en el interior mas que algo blanco, que dudó si seria el estafilona posterior; dilatada la pupila y ménos temerosa la niña, pudo comprobar, los sintonas caracteristicos de una neuro-retinitis. Las papilas estaban abultadas y totalmente oscurecidas, presentando algunos puntos rojizos que parecian ser pequeñas hemorrajias; los vasos igualmente velados, á bastante distancia de la papila y aun fuera de esta zona, estaban cubiertos en diversos puntos y como interrumpidos en su continuidad.

En consecuencia de lo espuerto, el diágnostico fué de una neuro-retinitis doble de causa cerebral.

El Dr. Rivero tenia instituido un tratamiento reconstituyente y antiescrofuloso, que aprobó el Dr. Santos Fernandez en todas sus partes.

Hasta la fecha no hemos vuelto á saber de la enfermita.

## CAPITULO V

### De la hiperestesia retiniana en general

*Y de la observada en algunas personas despues del eclipse de Julio de 1878.*

---

La luz es el resultado del movimiento oscilatorio de las moléculas de éter esparcido en el aire, los espacios celestes, etc., etc., tal es la teoría aceptada por Biot, Beer, Foucault y demás físicos modernos. Los cuerpos luminosos dan lugar á vibraciones de las moléculas de éter éste por su elasticidad trasmite dichos movimientos en todos sentidos. Ahora bien, como el éter penetra los medios que llenan la cavidad del ojo, basta que la retina se coloque al paso y en la direccion de esta propagacion para que se perciba una sensacion *sui generis* que hemos llamado luz.

Las vibraciones de las moléculas de los cuerpos trasmitidas al tímpano, constituye el sonido y así como despues de un ruido intenso, aquella membrana queda tan impresionable que aún en el más profundo silencio dá señales de percepcion, así la retina sometida durante más ó ménos tiempo á una luz intensa, natural ó artificial, se hace tan impresionable que en la oscuridad más

perfecta parece descubrir la accion del agente luminoso, por el que ha sido dotada de una perceptibilidad especial.

Si ese estado de escitacion se prolonga, sobreviene lo que han denominado los autores, *hiperestesia retiniana*, y á ella referimos los trastornos visuales, observados en algunas personas despues del eclipse último, estudiándola con este motivo de una manera general.

*Historia.* — El estudio de la inflamacion de la retina, dice Fano (1), es de fecha reciente. Hasta en la época en que fué introducido en la oculística el oftalmoscopio, no se tenian sino nociones vagas sobre este punto de la patología ocular. Se referian á esta afeccion muchos síntomas que no habian podido ser comprobados de un modo directo como ha sucedido despues. Esto que se ha dicho de la inflamacion de la retina, puede decirse de una manera idéntica con respecto á la *hiperestesia retiniana*, por eso Soelberg Wells (2), se espresa así : Antes del descubrimiento del oftalmoscopio esta afeccion (la hiperestesia retiniana) era confundida sin razon con la inflamacion de la retina, y aún se advierte este error en algunas obras de enfermedades de los ojos.

Si recorremos los tratados modernos de oftalmología, no la encontramos descrita en los más, no abundando en las publicaciones periódicas del mismo género que hemos tenido á la vista.

Hé aquí dos observaciones que hemos encontrado en estas últimas.

(1) *Traité pratique des maladies des yeux.* Paris, 1866.
(2) *Traité pratique des maladies des yeux.* Paris, 1873.

1. Se refiere á un sugeto que padecia desde hace un año, de una gastrálgia nerviosa y como por añadidura neurálgia facial del lado izquierdo, que se estendió pronto al derecho. Un mes más tarde se le presentaron dolores intensos en la region facial derecha, con hiperestesia de los puntos de emergencia de los nervios y oclusion espasmódica de los párpados. El exámen oftalmoscópico, puso en evidencia el estado normal del fondo del ojo. Los dolores se presentaban con toda regularidad á las 9 de la mañana y le duraban hasta las cuatro de la tarde, debilitándose la vista durante cada ataque, y disminuyendo concéntricamente el campo visual.

Se le hicieron dos aplicaciones de sanguijuelas, una á cado lado, se le aplicó un vendaje compresivo y se le ordenó como tratamiento interno el valerianato de zinc. La curacion no se hizo esperar y ésta confirmó el diagnóstico.

2. En ésta se trata de una jóven de 20 años, anémica é histérica, que hacía tres años y medio padeció de violentos dolores neurálgicos en el vértice del cráneo, con sensacion de frio intenso ; diez meses más tarde debilidad de la vista sin inyeccion conjuntival, fotofóbia ni dolores oculares. Presentaba la pupila contraida de una manera permanente al crepúsculo. La fotofóbia no tardó en aparecer, y en Mayo en 1868, la enferma no podia salir al sol, sin esperimentar deslumbramientos apesar del uso de anteojos azules. Este mal continuó recrudeciéndose en los períodos menstruales hasta el mes de Setiembre, en que se vió obligada á encerrarse en un cuarto oscuro. Todavía en Marzo del mismo año, la enferma permaneció

recogida, cubiertos los ojos con un vendaje de seda, sobre el cual se aplicaba las manos para evitar la sensacion de luz que no obstante le molestaba.

La enfermedad desapareció merced al uso de duchas oculares y generales. (Gayet y Fontan. *Lyon Médical*, 1869.)

*Etiologia.* — Además de la exposicion á una luz intensa como la del sol, una estrella, ó la que se desprende de la electricidad ó cualquier otro foco artificial, la hiperestesia de la retina puede producirse á consecuencia de un choque ó de un golpe en el ojo, y del uso prolongado de la vista á la luz artificial, aún cuando ésta no sea muy intensa ; sobreviene tambien en los jóvenes sin causa aparente, y sobre todo en las mujeres de temperamento nervioso, irritable, histéricas y de una constitucion débil y delicada.

*Sintomatología.* — Los síntomas pueden decirse que son exclusivamente funcionales : fotofóbia más ó ménos intensa, y á veces acompañada de lagrimeo y espasmo del músculo orbicular ; neurálgia ciliar que se irradia á la cara y al lado correspondiente de la cabeza. La irritabilidad de la retina se traduce por fotópsias que consisten en círculos brillantes, estrellas deslumbradoras y nieblas de diferentes colores. Esta escitacion de la retina se aumenta por la más ligera presion en el bulbo, no se estingue ni en la oscuridad y dá lugar á que las impresiones se conserven durante un tiempo relativamente largo. La agudeza visual no sufre alteracion, pudiendo leer el indivíduo los caractéres más pequeños que se impriman, á una luz escasa y con anteojos de color. La

porcion periférica de la retina, se encuentra ligeramente anestesiada, y por eso el campo visual se halla un tanto restringido.

El aspecto del ojo es normal y muy pocas veces se advierte ligera inyeccion conjuntival y lagrimeo. Los medios y el fondo del ojo no ofrecen variacion alguna.

*Diagnóstico.* — Antes del descubrimiento del oftalmoscopio, esta afeccion se confundia con las inflamaciones de la retina, y por consiguiente el tratamiento consistia en los antiflogísticos, la sangria y los mercuriales que exaltaban el sistema nervioso y la retina en particular. La práctica del oftalmoscopio ha demostrado que en las verdaderas inflamaciones de la retina, tales como la retinítis albuminúrica, glicosúrica, etc., etc., faltan la mayor parte de los síntomas que revelan una fuerte escitacion de la membrana que vé. Los antecedentes del enfermo y la ausencia de síntomas anatómicos, muy especialmente de los que se refieren al fondo del ojo ponen á cubierto de todo error de diagnóstico.

*Curso y duracion.* — La enfermedad puede prolongarse más ó ménos, segun la causa que la ha producido, cuando ésta no ha obrado de una manera intensa ni por mucho tiempo, la curacion se obtiene en breve plazo, pero cuando persiste siquiera sea en parte, y cuando hay necesidad de modificar el estado general y reconstituir al enfermo, las cosas marchan más despacio.

*Pronóstico.* — El pronóstico no es grave si oportunamente el enfermo se pone á cubierto de la causa productora del mal. Cuando se olvida este precepto, la estacion de la retina llevada á su máximun, termina por anular

las funciones de esta membrana nerviosa y una amaurósis incurable será el resultado final.

*Tratamiento.* — El higiénico consistirá, en prevenir al enfermo de la luz solar y artificial, manteniéndole en una habitacion oscura y ventilada, en dotarle de cristales coloreados, sobre todo azules, cuando no sea muy intensa la fotofóbia puede vacar ó librarse á sus ocupaciones.

El farmacológico exige reconstituir al enfermo para que repuesto el estado general se haga más fácil animarlo y combatir su escitabilidad nerviosa. Los tónicos y los ferruginosos, segun cada caso en particular llenarán el objeto. Se han recomendado las preparaciones de zinc, el lactato y el valerianato á dósis progresivas, desde tres y cinco centígramos, hasta veinte y veinte y cinco por dia. La sangria, la sanguijuela artificial y las escarificaciones, si se emplean ha de ser con mucho tacto, pues de lo contrario el resultado es contraproducente.

Nosotros hemos empleado el bromuro de potasio y la eserina, el primero, dirigido á calmar la escitacion del sistema nervioso local y general, la segunda, con el fin mecánico de disminuir la entrada de la luz agente principal de la escitacion retiniana.

### Observacion I.

D. J. M. natural de Santander, con diez años de residencia en Cuba y veinte y seis de edad, se presentó á nuestra consulta el nueve de Agosto de mil ochocientos setenta y ocho. Sin antecedentes diatésicos, nos refiere que el veinte y nueve del mes pasado, por la tarde, empezó á observar el eclipse desde su aparicion hasta que se hizo total, notando que al volver la vista no distinguia á las personas, porque se le interponia una nube negra la cual le impedia percibir el mismo sol. Este fenómeno

le duró sin variacion durante tres dias, ocurriéndole que por las noches cuando en cama cerraba los ojos, veia mover delante de estos una especie de rueda que constantemente daba vueltas. Pasados estos tres primeros dias fué desapareciendo, este estado y en la actualidad las molestias aunque del mismo género son infinitamente menores, pudiendo distinguir con mas claridad los objetos, dice, con un anteojo cóncavo número 42. A una luz ténue y con bastante dificultad lee alguna palaora del número uno de la escala tipográfica.

El oftalmoscopio no revela lesion alguna en el fondo del ojo y sólo se advierte ligera palidez en la coloracion que imprimen en la retina los vasos de la coroides.

Se le ordenó como tratamiento ponerse al abrigo de la luz intensa, tanto solar como artificial, una untura de láudano en la frente y sien y el bromuro de potasio al interior.

Pasados unos dias, el enfermo volvió á la consulta mejorado; le aconsejamos continuaralo ya prescrito y no hemos tenido más noticias de él.

### Observacion II.

J. A. natural de Navarra, de treinta y siete años, edad y veinte y cinco de residencia en Cuba, fué traido á la consulta el doce de Agosto de mil ochocientos setenta y ocho por su médico el Dr. D. Rafael Bueno. De buena constitucion, padeció cuando niño de la vista y ligeras indisposiciones durante su vida: nos refiere que el dia veinte y nueve del pasado Julio, estuvo observando el eclipse durante un gran rato á simple vista y sin estar provisto como otros que estában con él de un cristal ahumado. Con sorpresa notó que las personas le lucian amarillas pero no dejó por eso de continuar mirando si bien provisto de un cristal como lo estaban los demás. Pasado el eclipse advirtió que á cierta distancia no distinguia las facciones de los circunstantes. Cuando leia ó escribia, dice que se le presentaba por delante algo que le bailaba y le impedia continuar; pasó bien la noche, pero al dia siguiente no pudo leer el diario ni esplicarse lo que él llamaba cortedad de vista.

Cuando lo examinamos presentaba la pupila dilatada por la atropina que se le habia instalado antes de venir á la consulta.

Esta midriasis nos permitió examinar facilmente el fondo del ojo. Nada encontramos que nos revelase lesion alguna en las membranas internas y sólo advertimos palidez en la coloracion de la papila y de la retina. Leia con mucha dificultad alguna palabra del número uno de la escala.

Le aconsejamos iguales cuidados hijiénicos que al anterior, una pomada de estracto de haba del calabar á la frente y sien y bromuro de potasio al interior.

Dos ocasiones más volvió á la consulta encontrándose mejor cada dia mas y habiéndole aconsejado continuara con lo prescrito, le perdimos de vista.

### Observacion III.

D. M. V. natural de la Habana, de oficio tabaquero y de treinta y un años de edad, vino á consultarnos el siete de Octubre de mil ochocientos setenta y ocho, siendo inscrito en el número 6345 del registro clínico. Nos refiere estar enfermo desde el dia del eclipse en que permaneció observándolo sin resguardo alguno hasta que advirtió que no veia las personas que le rodeaban y por todas partes una especie de reflejo que le deslumbraba. Este le ha molestado desde aquella fecha, si bien cada vez con menos intensidad y en la actualidad cuando está trabajando en el tabaco se le interpone una mancha negra que le impide continuar, y al leer la mayor parte de las veces se le confunden las letras.

Le recomendamos abandonase el oficio por algun tiempo, con el fin de proporcionar descanso á la vista, ordenándole el estracto de haba del calabar bajo la forma de pomada y el bromuro de potasio al interior.

Pasado un mes ó mes y medio despues tuvimos ocasion de verle y nos manifestó no haberle sido posible suspender el trabajo, como le habiamos indicado, sin observar metódicamente el plan que le ordenamos. Los sintomas persistian aunque en muy pequeña escala, le aconsejamas nuevamente el plan prescrito sin que hayamos podido volverle á ver.

### Observacion IV.

La Sra M. C. P. natural de la Habana, de cincuenta años de edad, de temperamento nervioso, se presentó á consultarnos el dia primero de Agosto de mil ochocientos setenta y ocho. Dedicada hace mucho tiempo de una manera asídua á las labores de la costura, con las cuales se busca la manera de subsistir, no habia sentido en su vista otra variacion que la que le produjese la presbicia propia de su edad. Tres dias ántes y en la tarde del 29 de Julio, nos cuenta que estuvo observando por intervalos el eclipse desde la azotea de la casa en que se encontraba. Terminado aquel, bajó sin novedad para sentarse á comer, pero tan pronto como encendieron las luces veia en los bombillos de los mecheros de gas, y en los faroles de la calle manchas redondas, oscuras, moradas, rosadas y á veces multitud de estrellitas verdes. Habiéndose acostado aquella noche y dejado una ventana abierta, al despertar de madrugada, vió por ella una luna, dice, de aspecto tal, que la llenó de terror. Al dia siguiente por la mañana cuando se levantó y salió á la claridad veia por todas partes ya un sol ya una luna de diferentes colores. Refiere que la llenaba de pavor que á la noche siguiente aún con los ojos cerrados se le presentaba por delante un sol, y que sin embargo, durmió. Al consultarnos estos síntomas persisten y sienten los ojos segun sus palabras como resecos.

Siendole indispensable salir á la calle, le indicamos el uso de anteojos ahumados prescribiéndole al mismo tiempo una pomada de sulfato-neutro de eserina y el bromuro de potasio al interior.

Dia 4 de Agosto. Los síntomas no habian variado y las fotópsias se repetian durante la noche.

Dia 17. Aún se le presentan nubes sobre los objetos y las manchas moradas que percibia se han cambiado en otras de color amarillo claro.

Dia 30 de Agosto. Puede coser sin incomodidad á una luz no intensa, pero aun le molesta el sol en la calle.

Todavía en el mes de Noviembre cuando la vismo la última vez, se quejaba de percibir ráfagas luminosas cuando fatigaba la vista, cerraba fuertemente los párpados ó permanecia mucho tiempo al sol.

### Observacion V.

D. N. O. natural de Puerto-Rico, y de veinte y seis años de edad, se presentó á nuestra consulta el dia dos de Agosto de mil ochocientos setenta y ocho, estando inscrito en el número 6091 del registro clínico.

La relacion que nos hace es la siguiente. Que el dia veinte y nueve de Julio pocas horas antes del eclipse solar que tuvo lugar dicho dia á las cinco de la tarde; se pusieron él y otros compañeros á mirar al sol en un espejo; despues observó el eclipse desde que empezó hasta que fué total. Pasadas pocas horas empezó á notar, dice, irritacion y escozor en los ojos. Al dia siguiente cuando volvió á su ocupacion de cajista, advirtió que se le nublaba el original tanto más cuánto más se fijaba en trabajo. Cuando mira un papel blanco y á la luz vé nubes como cuando está el cielo empedrado. Habiendo estado en un establecimiento de Optica, no encontró anteojos que le mejorasen el estado de su vista, viéndose en el caso de recurrir á un facultativo.

Sometido al mismo tratamiento que los anteriores volvió á la consulta el diez y siete de Agosto sin variacion notable en los sintomas que acusaba. No hemos vuelto á tener más noticia de este enfermo desde dicho dia.

### Observacion VI.

Dr R. V., natural de la Habana, de buena constitucion y de 27 años de edad, se presentó á nuestra consulta el dia 11 de Enero de 1879. Sin antecedentes diatésicos y sin haber padecido nunca de los ojos, ni hacernos mencion de enfermedad alguna anterior á la que le lleva á consultarnos, dice, que el 29 de Julio del año próximo pasado á consecuencia de observar el eclipse se enfermó de los ojos y que desde entonces no se encuentra bien. Refiere que cuando empezó el fenómeno meteorológico aludido, ella lo observó provista de un cristal ahumado, pero que viendo que podia hacerlo con sus ojos simplemente, continuó sin cristal hasta poco ántes de tener lugar la conjuncion. Entretenida en conversacion con otras personas, no percibió cambio alguno en su vista hasta que entrada la noche advirtió que las luces de

la casa y la de los faroles de la calle, presentaban un rojo subido pero sin variacion en la forma de la llama. Durmió aquella noche sin novedad, y al dia siguiente notaba que solo en su habitacion y donde quiera que habia una luz opaca, podia distinguir con perfeccion los objetos y que en un lugar claro ó bien illuminado ofrecian aquellos, sobre todo, si eran blancos ó resplandecian algo, una especie de reflejo semejante al que se nota cuando se mira á un espejo puesto al sol; el mismo fenómeno se repetia cuando cosia, muy especialmente en tela blanca, siéndole imposible continuar.

Estos síntomas se han mantenido en el mismo estado poco más ó ménos, ocurriéndole que cuando ha tratado de forzar la vista siente peso en los ojos y dolores en la frente y sienes. Lee el número uno de la escala tipográfica, pero á los pocos renglones se presentan los reflejos indicados y no puede seguir; del número dos puede leer más, pero al fin ocurre lo mismo.

El Oftalmoscopio permite ver el fondo del ojo en estado normal.

Le fué instituido el mismo tratamiento que á los anteriores.

## CAPITULO VI

### De la ambliopia alcohólica.

El estudio de la ambliopía alcohólica, iniciado por Sichel [padre], en 1873, bajo el nombre de *amaurosis sintomática del delirium tremens* (1), no ha sido descrito en regla hasta estos últimos tiempos, sin que por esto falten obras recientes de oftalmología que, ó apénas la mencionan, ó la estudian bajo el nombre genérico de *ambliopías tóxicas*.

El célebre maestro de Mr. Desmarres, genuino fundador de la oftalmología francesa, se explicaba en los siguientes términos, cuando escribió su tratado : *De la oftalmía, la catarata y la amaurosis :*

« Existe una especie particular de irritacion encefálica, descrita por primera vez por Sutton bajo el nombre de *delirium tremens* y conocida aún por algunos autores con el nombre de *locura de los ébrios* [folie des ivrognes]. Esta afeccion es debida constantemente al abuso de los alcohólicos y con frecuencia acompañada de *ambliopía amaurótica* ó de una amaurosis irritativa, cuya naturaleza particular es fácil de reconocer cuando la afeccion

(1) *Traité de l'ophthalmie, la cataracte et l'amaurose*, por J. Sichel. Paris, 1873.

principal ha llegado á su verdadero apogeo. No sucede lo mismo cuando es incipiente y la ambliopía se encuentra, como sucede en la mayoría de los casos, poco desenvuelta : si esta es de naturaleza realmente irritativa y existe en individuos robustos y sanguíneos, es todavía más fácil de reconocer, áun en su principio, por sus signos más comunes; perosi recae en un sujeto cuya salud esté menoscabada, de una constitucion débil y caquéctico, entónces la enfermedad se presenta con síntomas tales, que harian dudar al prático más experimentado.

« Los enfermos se quejan de una perturbacion de la vista, acompañada de pocos síntomas irritativos, ó mejor dicho, ningun síntoma de irritacion cerebro-ocular. Los perfiles de los objetos le lucen borrados ó apagados, y estos parece que tiemblan. La vista disminuye y algunas veces se les presentan por delante manchas vermiculares, lijeramente brillantes, grises y más ó ménos oscuras. En fin, los síntomas son de tal carácter, que unas veces despiertan dudas sobre la naturaleza irritativa de la enfermedad, otras nos inclinan á considerarla irritativa á pesar de la constitucion débil del individuo, otras, finalmente, nos determina á creer en la existencia de una ambliopía tórpida, no obtante el vigor aparente del enfermo. Si en estos casos se averigua el género de vida, encontramos que se ha abusado de los licores, y si el enfermo se abstiene de revelarlo y se le pregunta si, de mañana, siente malestar, debilidad y temblores hasta tanto que no toma una pequeña cantidad de algun licor, si tiene vómitos ó náuseas en ayunas, sudores nocturnos,

ensueños en relacion con el oficio ó carrera, etc., ó de otros síntomas de delirio incipiente, si contesta afirmativamente, podemos, sin temor de equivocarnos, instituir el tratamiento del *delirium tremens*.

« La abstinencia completa ó casi completa de toda bebida alcohólica, el uso habitual de una limonada sulfúrica, un régimen vejetal, baños de piés irritantes, lociones, fomentos y abluciones frias en la cabeza, los ojos y la region periorbitaria, muy especialmente durante el pediluvio. La administracion de purgantes salinos, el reposo de los ojos y de la inteligencia, ejercicio al aire libre, sangrías generales y locales en los de temperamento sanguíneo, el ópio à pequeñas dósis si predomina el síntoma delirio, no habiendo necesidad de emplear los revulsivos las más de las veces. Las recaidas son frecuentes si los enfermos reinciden en el abuso de los alcohólicos. »

No podia exigirse más al autor de las anteriores líneas en una época en que se desconocia el poderoso auxilio del oftalmoscopio, en que los síntomas del alcoholismo en general no estaban tan estudiados como en la actualidad, y no era tan grande el número de enfermos de los ojos agrupados, como sucede hoy en las clínicas especiales.

La ambliopía alcohólica observada primitivamente, era, por lo general, siempre acompañada de síntomas cerebro espinales. La *embriaguez* y el *delirium tremens* que precedian á los trastornos de la vision, eran suficientes elementos de diagnóstico para atribuir la ambliopía á los abusos alcohólicos

En las intoxicaciones crónicas y de marcha lenta, cuando la accion nociva de los alcohólicos es grandual y se opera sin darse cuenta de ello, el mismo paciente que, sorprendido, exclama : jamás he abusado de las bebidas ; en esa intoxicacion lenta es donde se ven con más frecuencia aún los trastornos visuales y donde es más necesario definirlos.

Por más que Mackenzie y Warlomont señalaron su existencia, corresponde á Galezowski la gloria de haberla descrito metódicamente, haciendo resaltar sus signos característicos.

La vista disminuye, dice este autor, de una manera repentina para permanecer en el mismo estado meses enteros. Los enfermos apénas leen los números 6 ú 8 de la escala de caractéres. No distinguen la fisonomía de una persona á 8 ó 10 pasos y una niebla espesa lés cubre los objetos. Por la tarde creen distinguir más claros los objetos, pero la imposibilidad de leer persiste ; son, en cierto modo, nictálopes. Como la enfermedad se declara al mismo tiempo y con igual intensidad en los dos ojos, no impiden al enfermo ir de una parte á otra. Ha comprobado en los alcohólicos (1) una forma particular de discromatopsia, caracterizada por la persistencia prolongada de la impresion de cada color en la retina, dando lugar á una confusion de los colores, que varía constantemente.

Otras veces, dice, padecen de fotopsias y de alucinaciones, que consisten en ver pasar de un lado á otro in-

(1) *Du diagnostic des maladies des yeux par la chromatopsie rétinienne*, página 210. Paris, 1869.

sectos, ratones y serpientes, consideran estas últimas como síntomas característicos de la ambliopía alcohólica. Los objetos les parecen deformes, más grandes ó más pequeños, y las monedas de oro las confunden con las de plata.

En los atacados de ambliopía alcohólica, añade, no se encuentra ordinariamente trastorno material en las membranas internas del ojo, sobre todo al principio de la enfermedad; cuando más, se advierte la papila decolorada y anémica, debido á la contraccion espasmódica de las arterias retinianas; en algunos ha observado hemorragias venosas aisladas al rededor de la papila del nervio óptico.

Daguenet (1) ha observado el primero, que los enfermos de ambliopía alcohólica les creen advertir algunas veces que los objetos se les aproximan ó se les alejan por sí solos.

Apostolí (2) cree haber notado en dichos enfermos las pupilas más dilatadas que de ordinario, más movibles y más irregulares, los ojos llorosos y las conjuntivas inyectadas.

Herschler de Pesth, en 36 casos encontró 16 veces algo hiperemiada la papila y siete la retina, cuatro veces extravasacion sanguínea, dos retinitis incipiente; una vez neuro retinitis, y en 26 la papila se presentó gris-sucia; nunca observó perturbaciones en los medios refringentes.

La mayor parte de los autores que se han ocupado de

(1) Daguenet, *Annales d'Oculistique*, septembre 1869.

(2) Apostoli, *Des ambliopies et amauroses sans lésion visible à l'ophthalmoscope.* Thèse de Paris, 1872.

la ambliopía alcohólica en estos últimos tiempos, se refieren á la enfermedad en su principio, y hé aquí por qué dan tan poco valor á los síntomas objetivos. Nosotros no negaremos que en un gran número de casos los síntomas que arroja el oftalmoscopio son completamente nulos; pero sí podemos asegurar que en muchos, de los cuatro á diez meses, se empieza á manifestar la atrofia del nervio óptico, el peor de los síntomas, tratándose de las enfermedades del fondo del ojo. Ahora bien; si la atrofia de la papila, cuando es incipiente en la ambliopía alcohólica, da tantas esperanzas de curabilidad, comprenderemos cuán importante es fijarse en dicho síntoma, sobre todo si en este puede envolverse la manera de averiguar la etiología, que á veces es el solo resorte para una sólida curacion.

Por más que los trastornos funcionales tengan un gran valor para la formacion del diagnóstico, el estudio de los síntomas anatómicos es aún de mayor utilidad, porque estos no pueden desfigurarse ni ocultarse. Convenimos con Herschler en que los resultados obtenidos con el oftalmoscopio sean escasos, pero no tanto, que un síntoma ú otro de los que nos suministra, deje de llamarnos la atencion, inclinándonos, por lo ménos, á cierta clase de interrogatorios.

La extravasacion sanguínea, que se presenta rara vez, nos sirvió, por lo ménos, en un caso para colocarnos en situacion tal, de manifestar á uno de los allegados del enfermo nuestras dudas acerca de la naturaleza de la afeccion, indicándonos éste el abuso que aquél hacia de los licores, lo cual nos habia negado rotundamente. Se

trataba de un individuo de 67 años de edad, natural de Asturias, y con 26 de residencia en Cuba; dedicado á las faenas del campo, manifiesta haber gozado siempre de buena salud, no habiendo necesitado nunca falcultativo para los pequeños achaques que alguna vez que otra le han molestado. La afeccion de la vista, que le obliga á consultarnos, data de cuarenta dias. Sin darse cuenta de ello, advirtió que no podia leer con los anteojos que desde algun tiempo usaba, buscó otros y otros sin que la vista mejorase; una niebla ligera parecia velarle los objetos hasta el punto de no conocer fácilmente la fisonomía de las personas. El exámen oftalmoscópico nos reveló completa trasparencia de los medios refringentes, excavacion fisiológica de la papila del ojo derecho y un foco de hemorragia de una línea en la continuidad de un vaso principal y á cuatro milímetros hácia fuera de la papila.

Siendo la ambliopía binocular, no dudamos en considerar la afeccion dependiente de alguna perturbacion general del organismo, como la albuminuria, glicosuria, etc. El exámen de las orinas dió un resultado negativo, y como el aspecto, la forma y la localizacion del foco hemorrágico diferian de lo que se advierte en las hemorragias retinianas, dependientes de simples congestiones, sospechamos que se trataba de una ambliopía alcohólica, si bien la negativa rotunda del enfermo nos desconcertó y no hubiéramos confirmado nuestro diagnóstico sin la ayuda del allegado que nos ilustró.

Así como la papila en ciertas formas de glaucoma presenta una depresion que se ha convenido en llamarle

excavacion ; así como se presenta ancha y como abultada en la atrofia del nervio, consecutiva á la neuritis y achatada, revistiendo la forma de un disco de papel en la atrofia que sigue á la retinitis pigmentaria; así en la ambliopía alcohólica hemos notado que la esclerosis del nervio se inicia por la mitad interna de la papila.

El Dr. Quaglino, al ocuparse de la agudeza visual en la ambliopía alcohólica, dice : « La agudeza de la vista es normal en los casos poco graves, miéntras que la ambliopía subsiste en parte en los inveterados, en que la mitad externa de ambas papilas está ya decolorada. »

Aunque el autor no especifica si observó la atrofia de la mitad de la papila á imágen invertida ó á imágen derecha, debemos suponer que fuera lo primero, por ser la manera más fácil, más cómoda y más perfecta de examinar el interior del ojo. En este caso, la atrofia que él menciona, corresponde á la mitad externa, y la que tratamos de considerar como un síntoma frecuente de la ambliopía alcohólica, se refiere á la mitad interna. Si temiese que la memoria me fuese infiel, al recurrir al registro de la clínica encontramos que así está consignado en el diagnóstico y en las observaciones que por regla general al diagnóstico acompañamos.

El número de nuestras observaciones sobre ambliopía alcohólica se eleva á 56, dividado en tres clases: una clase en que la etiología ha sido terminantemente comprobada, ya por confesion del enfermo, ya por los síntomas funcionales, que por ser tan completos, hayan bastado para formular un diagnóstico cierto ; la segunda clase corresponde á aquellos individuos que, aunque negaban la eti-

ología, ostentaban síntomas resaltantes, y su modo de ser nos inclinaba tanto á creer que cometian abusos alcohólicos, que nuestro diagnóstico y tratamiento ha estado en consonancia con nuestra inclinacion. En el tercer grupo incluimos aquellos casos que no teniendo un cuadro de síntomas capaz de hacerlos diagnosticables, ni etiología clara, los hemos afiliado á la ambliopía alcohólica, por ser lo que más se aproxima á la verdad.

En esta enfermedad más que en ninguna otra se lucha con la dificultad de esclarecer la causa que la determina, y hé aquí por qué es más importante que en ninguna otra fijarse en los síntomas objetivos, pues cuando una negativa por parte del enfermo nos desorientase, siempre nos quedaria el recurso de dudar y recalcar nuestro interrogatorio sobre cada uno de los síntomas funcionales que en algunos casos pueden calificarse de patonogmónicos.

Es de sentir que nuestros primeros enfermos de ambliopía alcohólica no hayan sido observados con la escrupulosidad que los últimos, en que buscábamos ya un síntoma que, sin saber cómo, habia herido nuestros sentidos. Esto sucede con frecuencia en la clínica y en el estudio de la ciencia en general; los fenómenos se están repitiendo constante é invariablemente ante nosotros, y hasta tanto que la casualidad ó la tendencia instintiva de armonizar unos hechos con otros no nos pone en camino, permanecemos ajenos á todo cuanto pasa.

Mas de 60 enfermos hemos diagnosticado de ambliopía alcohólica desde el mes de Marzo de 1875 que abrimos nuestra clínica, hasta et de Junio 1876; de estos enfermos,

en se puede dar por cierta la etiología, ya porque lo hubiesen confesado ellos mismos ó alguna otra persona que los conociese, ya por los síntomas funcionales del alcoholismo y que no pueden ocultarse siempre que se quiera. El tiempo trascurrido ha sido de 15 meses, pero bien pudiéramos redurcirlo á 12, puesto que en los tres primeros la Clínica no era suficientemente conocida.

De los enfermos en que, como hemos dicho, la etiología se comprobó, mos presentaron atrofia más ó ménos intensa de la papila y otros la simple ambliopía, á excepcion de uno, que era portador de un punto hemorrágico, y es el caso de que hemos hecho mencion más arriba.

El tiempo trascurrido desde que se advirtió la ambliopía hasta la fecha en que la examinamos, no ha guardado relacion entre los afectados de atrofia del nervio, y los que no presentaban otro síntoma que la ambliopía. Por lo general, ninguno ha llegado á consultarse ántes de los tres meses de padecer la enfermedad, y en tan breve plazo alguno ha sido afectado ya de atrofia papilar; por el contrario, los hemos examinado despues de muchos meses de invasion sin que hayamos encontrado el menor asomo de esclerosis del nervio.

De los 34 enfermos afectados de atrofia, en 13 encontramos la esclerosis de la mitad interna, debiendo repetir que nuestra minuciosidad en el exámen, así como la circunstancia de hacer constar dicho síntoma en el registro clínico, se refiere á la mitad del año; abrigamos, por tanto, la esperanza de que el año próximo habrá de arrojar todavía un número mayor de observaciones en que

se haga más notable aún la atrofia de la mitad interna de la papila.

El primer enfermo en que apuntamos este síntoma, habia recibido innumerables machetazos en la cabeza, no hacia mucho tiempo, y tenia embotados los sentidos del olfato y del oido. Aunque hacia mencion de antecedentes alcohólicos, no dimos á esto valor, apreciando en más el embotamiento de los sentidos y la sensacion de dolor en las cicatrices del cráneo, y de ello dimos cuenta á la Academia (1), entre otras observaciones curiosas de atrofia de la papila, perdiéndonos en otras interpretaciones.

El segundo lo asistimos en el mes de Julio de 1875, y sin que tuviéramos idea preconcebida de poder encontrar dicho síntoma, hé aquí cómo se encuentra asentada su observacion en el número 1781 del libro de nuestra clínica:

OBSERVACION I.

V. P., natural de Santander, de 28 de edad y con 14 de residencia en Cuba, se presentó en nuestra consulta el dia 20 de Julio de 1875. Hacia 10 meses que habia empezado á perder la vista, manifestándonos sin grandes esfuerzos que cometia algunos abusos en la bebida desde algun tiempo atrás. La agudeza visual era muy escasa, pues no distinguia el número 12 de Gki á la distancia fisiológica que se requiere para la lectura. Examinado al oftalmoscopio, no encontramos otro síntoma en el fondo del ojo que la atrofia de la mitad interna de ambas papilas.

El tercero y cuarto vinieron á consultarnos en el mes de Setiembre del año pasado, sin que por aquella época hubiésemos dado á este síntoma la importancia que su repeticion ha hecho

(1) *Consideraciones sobre las enfermedades de los ojos, observadas en la Isla de Cuba durante el año de* 1875.

le atribuyamos. Haciendo constar en el libro de anotaciones, como acostumbramos, todos los síntomas objetivos ó subjetivos que nos suministró la enfermedad, trascribiré á continuacion lo que en los números 1993 y 1999 se encuentra anotado.

### Observacion II.

M. F., natural de Lugo, con 6 años de residencia en la Isla y 12 de servicio militar, ingresó en la clínica el 13 de Setiembre de 1875. La enfermedad data de 14 meses, habiendose mantenido casi en el mismo estado desde su principio. Una niebla no muy espesa, pero incómoda, la vela los objetos; la agudeza visual, sin embargo, está bastante conservada, pues le el número dos de la escala tipográfica; confiesa los abusos alcohólicos y dice que su sueño es intranquilo y que ha perdido el apetito. Al exámen oftalmoscópico, encontramos la atrofia de la mitad interna de ambas papilas.

### Observacion III.

J. B., natural de la provincia de Leon y de 37 años de edad, hace 6 meses que llegó á la Isla como soldado en un batallon de veteranos: á los pocos dias de su arribo á estas playas entró en campaña, viéndose obligado á hacer grandes jornadas á pié; durante éstas, la alimentacion era escasa ó nula, y como por el contrario, le repartian á él y á sus compañeros aguardiente en abundancia, llegó á tomar éste cual si fuera agua comun ó potable. Casi repentinamente, dice, que le disminuyó la vista hasta el punto de no distinguir el bulto de las personas á más de quince pasos y muy escasamente la fisonomía, acercándose todo lo posible.

En este estado entró en un hospital del interior de la Isla, desde donde le trasladaron á la Habana é ingresando en esta clínica el dia 15 de Marzo del mismo año de 1875. El exámen oftalmoscópico del fondo del ojo, nos reveló una integridad completa en los medios refringentes y en las membranas, localizándose el mal exclusivamente en la papila que presentaba la atrofia de su mitad interna en cada ojo.

Por los meses de Noviembre y Diciembre encontramos anotados en los números 2297 y 2310, dos enfermos en que observamos, sin darnos cuenta de ello, lo que á continuacion trascribiremos.

Observacion IV.

A. G., natural de Asturias, de 30 años de edad y con 5 de vivir en este clima, nos refiere haber tenido hace 5 años gonorrea y dos chancros; que acostumbraba beber hasta llegar casi á la embriaguez, y que para ello hace uso de la ginebra y del coñac. Su sueño es intranquilo y característico del acoholismo, su cifra es la del bebedor. Lee el número dos con el ojo derecho y el cuatro con el izquierdo. El exámen con el oftalmoscopio nos reveló la atropia muy insipiente de ambas papilas en su totalidad, aunque el diagnóstico que sentamos fué el de ambliopía alcohólica, por no hallar síntomas para formular otro más acertado. Uno de nuestros compañeros, que se encontraba presente, quiso que lo sometiese á un tratamiento especifico, y así lo hice, hasta el mes de Abril del año actual, en que noté acentuarse la atrofia de la mitad interna de ambas papilas, viniendo á confirmarse la etiologia que los antecedentes del enfermo proclamaban.

Observacion V.

D. R., natural de la provincia de Santander, de 40 años de edad y con 22 en Cuba, se queja de que no puede leer ni escribir como lo hacia ántes con sus anteojos, y hace 6 meses la disminucion de la vista se mantiene en el mismo estado. Nos refiere que, desde el año de 1863, que tuvo lugar la pérdida de sus intereses, se acostumbró á tomar ginebra, que todas las mañanas toma dos ó tres copas en ayunas y varias en lo restante del dia. Su sueño es intranquilo y característico del alcoholismo, pues siendo Miliciano y habiendo estado en campaña, se despierta varias veces en la noche, creyendo ser atacado por el enemigó. El exámen con el oftalmoscopio nos mostró la atrofia de la midad interna de la papila del nervio óptico, que fué el diagnóstico dictado y anotado.

A principios del año 1876, con motivo de redactar la Memoria, en la cual dimos cuenta á la Academia de Ciencias de la Habana de nuestras consideraciones acerca de las enfermedades de los ojos que habíamos observado en la isla Cuba durante el año de 1875, nos vimos obligados á revisar nuestras notas, y hé aquí lo que creimos conveniente exponer á tan ilustrada corporacion :

« La elevada temperatura de nuestro clima y, por consiguiente, la traspiracion constante que baña el cuerpo provacando la sed, ha generalizado la costumbre de los alcohólicos. El número de ébrios quizás sea ménos que en otros países, pero son numerosos los que, juzgándolas inocentes y hasta medicinales, se desayunan con ginebra, ron, coñac, etc. Hé aquí por qué hemos tenido ocasion de asistir no escaso número de individuos afectados de amhliopía alcohólica, los cuales, de buenas costumbres é incapaces de ser juzgados como ébrios, eran, sin embargo, víctimas del abuso metódico, si así puede decirse, de los alcohólicos. Algunos nos han manifestado que el desayunarse con ginebra para corregir la dispepsia, ó despertar el apetito, era una creencia muy esparcida en el vulgo, y muy especialmente en los hombres de campo. Si es verdad que más de una vez la medicina, despues de un razonado exámen y de una observacion metódica, ha elevado al rango de tésis discutible ciertas preocupaciones vulgares, las más de las veces sometidas éstas al lógico razonamiento, se ve no tienen otro apoyo que la insensatez de los creyentes. De nuestro interrogatorio siempre ha resultado que los que tenian tal costumbre, habian perdido el apetito, recobrándolo de un modo ma-

temático, tan pronto como suspendian los alcohólicos, sometiéndose á los amargos.

No ha sido indispensable la ingestion de grandes cantidades de bebidas alcohólicas para que estas hayan dejado sentir sus efectos nocivos en el órgano de la vision. La relacion que nos han hecho algunos enfermos, dueños de establecimientos, donde se expenden licores al por menor, y nuestra propria observacion, siempre que hemos tenido que detenernos cerca de las tabernas, nos prueban la verdad de este hecho. La mayor parte de los afectados de ambliopía alcohólica nos aseguran á solas y sin que pueda atribuirse á rubor, que sólo han estado ébrios alguna que otra vez, muchos nos aseveran que no lo han estado nunca, y consta en el libro de anotaciones de nuestra clínica, que la mayor parte acostumbraban tomar durante las primeras horas del dia, cuatro y hasta cinco *mañanas*, nombre con que las designan, al medio-dia lo hacen dos ó tres veces, que toman las *once*, repitiendo otras tantas en las últimas horas del dia, con el objeto de tomar la *tarde*.

Quien se haya puesto á cubierto del sol en una de esas tabernas miéntras se aguarda la salida de ómnibus, ó se haya guarecido del agua en dias lluviosos, se habrá convencido de la veracidad de estas relaciones. No llega á quince gramos, ó sea la tercera parte de una de esas pequeñas copas de que se sirven, lo que toman de cada vez; el individuo que llega, toma con todos los conocidos que tenga allí, ó el dueño del establecimiento se ve obligado á aceptar la invitacion de los demás, con la esperanza de que sus géneros tendrán pronta salida; de este

modo nos explicamos que figuren en los apuntes tomados un número no escaso de taberneros.

De este interrogatorio minucioso nos servíamos en París para exclarecer la etiología de la misma enfermedad; cuando un obrero nos confesaba que tomada tres botellas de vino al dia, en union de otro amigo y en tres secciones distintas, eran seis las botellas que tomaban, pues era ley entre ellos que concluida una pagada por el uno, habia detomarse otra pagada por el otro. Así como en París los abusos eran cometidos con el vino, la cerveza y el ajenjo, en la Isla se cometen con la ginebra, el coñac y cierta clase de la sociedad con el aguardiente que se elabora en el país; la primera, que se le juzga como medicinal, se consume mucho en la clase media, que, debido á las instituciones del país, constituye casi la mitad de la poblacion.

La ginebra, licor importado del extranjero, contiene, segun los datos que nos ha suministrado el Dr. Rovira, miembro de esta Academia, treinta y dos por ciento de alcóhol y su método de preparacion varía. Unos la preparan con el leño y la esencía del enebro, adicionada de malta, cebada germinada, harina de arroz, levadura y aguardiente. Sea cual fuere su composicion, es, segun Busset, un licor de los más perjudiciales por la energía con que actúa sobre el cerebro, debido á la difusion de las esencias que entran en su composicion. Cuando es un producto de falsificacion, entónces los efectos son incalculables y en relacion con las drogas que sirven para la falsificacion; estas son generalmente: ácido sulfúrico, sustancias vegetales acres, laurel, cerezo, y

hasta la coca de levante, que contiene un principio venenoso.

Entre los síntomas descritos por los autores que se han ocupado de la ambliopía alcohólica, hemos visto resaltar los que se refieren á la disminucion brusca y estacionaria de la vista, la nictalopía, la fotopsía, las alucinaciones, muy especialmente durante el sueño y en un caso hemorragia aislada, no venosa, como han señalado los autores, sino, á nuestro modo de ver, arterial.

La atrofia de la papila, segun está observado, la hemos visto por lo general en un período avanzado de la enfermedad, aunque no guardando verdadera relacion con el tiempo de invasion, pues á veces la ambliopía databa de muchos meses y la atrofia no se habia manifestado; hemos notado que en la mayoría de los casos se acentuaba el color nacarado de la atrofia hácia la mitad interna, síntoma que no sabemos hayan mencionado los autores. Aun en los casos en que la atrofia no era pronunciada, hemos tenido ocasion de comprobar más de una vez la esclerosis de la mitad interna del nervio óptico. Este solo síntoma objetivo nos ha servido, en los casos que á continuacion exponemos, para guiarnos en el interrogatorio y en la manera de formar el diagnóstico.

### Observacion VI.

C. S., africano de la raza negra y próximamente de 35 años de edad, fué inscrito en el número 2603 del registro clínico. Atribuye su enfermedad al humo que produce la combustion de a madera de la yaba (1). Despues de hacerle el interrogatorio

(1) Yaba.— Andira microcarpa gris (leguminosa).— Arbol silvestre en Cuba, abundante en tierra bermeja, de larga existencia, alto de

que el buen criterio permite entre otras personas, pasamos al exámen oftalmoscópico, pues la ambliopía no podia graduarse por no saber leer. La atrofia de la mitad interna de ámbas papilas, fué el único síntoma que nos causó el oftalmoscópio, llevándonos á un interrogatorio reservado, por medio del cual descubrimos que acostumbraba tomar aguardiente cuatro ó cinco veces al dia, desde hace meses, y en pequeñas cantidades, porque no le era posible adquirir más.

### Observacion VII.

C. F., lavandera, de raza negra, de 45 años de edad y nacida en la Isla, fué inscrita en el número 2681. Hace once meses que empezó á perder la vista, habiendo observado ella que coincidió con la supresion del flujo catameniano. En los lugares donde la luz no es intensa, ve mejor, á veces se le presentan por delante puntos negros que parecen moscas. En diversas horas del dia un ligero dolor periorbitario.

Suponiendo que se trataba de una enfermedad interna del ojo, despues de oir lo que tuvo á bien decirme, pasé sin interogarle, al exámen del interior del ojo. La atrofia de la mitad interna de ámbas papilas, con ausencia de otro síntoma local, nos llamó la atencion, y aunque se trataba de una mujer, su condicion me autorizó á sospechar abusos alcohólicos, que me confesó despues, diciéndome, que al presente no, pero que ántes acostumbraba á tomar ginebra, en pequeñas dósis, y varias veces de dia.

doce varas y una de grueso; corteza en placas medio enroscadas, cubierta de una epidermis gris, hojuelas ovales; produce las flores, en Marzo y Junio, menudas, de un violado hermoso, semejante á la Gerstroemia; fruto amarillo del tamaña de un garbanzo, por Diciembre; lo come únicamente el murciélago. La corteza es medicinal (*Crónica Médico Quirúrgica de la Habana*, núm. 30, pág. 135); se emplea para curar las lombrices con mucha prudencia, así como la resina obtenida por incision. Su madera es estimada para toda clase de construccion. Usada equivocadamente como combustible, ciega ó daña la vista; sin embargo, el Sr. Pichardo, autor del *Diccionario* de voces cubanas, de que tomo estas líneas, dice, que en Cárdenas, donde abunda la Yaba, no se teme usarla en los hornos de carbon y que él la ha empleado sin accidentes.

A estas dos observaciones de que dimos cuente en la Real Academia de Ciencias Médicas de la Habana, podemos añadir otras que á continuacion espondremos.

### Observacion VIII.

M. C., natural de Escocia, de 24 años de edad y con ocho de residencia en la Isla, se presentó á nuestra consulta el dia 12 de Marzo de 1875. De temperamento linfático y con todos los atributos de éste, nos refiere no haber padecido de los ojos hasta el mes de Febrero del año actual, es decir, próximamente un mes ántes de consultarnos. Su médico, el Dr. Belot, tuvo la amabilidad de informarnos que le habia tratado, no hacia mucho, de un ataque de *deliriums tremens* y el mismo enfermo no tuvo inconveniente en confesarnos que habia cometido escesos en la bebida y abusos en el tabaco. La agudeza visual escasa, pues sólo podia leer con facilidad el número doce de la escala tipográfica de Galezowzki y con el izquierdo alguna letra del número tres de la misma. Examinado al oftalmoscopio no encontramos ningun síntoma objetivo y aunque queria manifestarse la atrofia de la papila, era de una manera tan imperceptible que anotamos como diagnóstico simplemente *ambliopía alcohólica*.

El dia 28 de Mayo volvió á consultarnos. El enfermo parece que por más que habia tomado las medicinas que le ordenamos no se habia cuidado mucho del abuso de las bebidas. La atrofia de la parte interna de ámbas papilas no era ya una ilusion, pues en el ojo derecho no dejaba ya duda.

Si á la amabilidad del Dr. Belot no hubiéramos debido el conocimiento de la etiología de la enfermedad, éste síntoma nos hubiera servido para interrogar nuevamente al enfermo, que se inclinaba siempre con sus palabras à dar más importancia en la etiología al abuso del tabaco que al de las bebidas.

### Observacion IX.

J. G., inscrito en el número 2677, natural de Matanzas y de 44 años de edad, se presentó á nuestra consulta demandando remedio para su vista que de la noche á la mañana le habia disminuido considerablemente hasta el punto de no poder leer más letras que las gruezas del nombre de los periódicos. Habia perdido el apetito y sus sueños eran intranquilos, presentando lijeros temblores en las manos. La fisonomía del enfermo que pertenecia á la clase media de la sociedad nos predispuso á suponerle alcoholista, idea que tratamos de desvanecer tan luego como nos aseguró no haber cometido abusos en la bedida. Pasamos el exámen con el oftalmoscopio y pudimos comprobar la atrofia marcada, que pudiéramos llamar tipo, de la mitad interna de ámbas papilas del nervio óptico. Un nuevo interrogatorio, acompañado de amenazas, acerca del peligro que corrian sus ojos si se obstinaba en ocultar las causas que pudieran haber dado lugar á la ambliopía, le trajo á confesar que acostumbraba tomar frecuentemente ginebra y coñac.

Un individuo que la conocia nos confirmó despues en nuestro diagnóstico, de ambliopía alcohólica, que quizás no hubiéramos llegado à formular sin la ayuda del síntoma que estudiamos.

### Observacion X.

J. F., natural de Asturias, de 60 años de edad y con 32 de residencia en la Isla, vino por primera vez á nuestra clínica el dia 29 de Mayo del presente año. Nos refiere que el Dr. Castells le ha estado asistiendo de unos ataques que, segun se expresa, parece no ser otros que los de *delirium tremens*. Hace más de dos años que empezó á perder la vista y hace algun tiempo que ésta se mantiene en el mismo estado, permitiéndole escasamente distinguir la fisonomía de las personas. Padece de temblores en las estremedidades y sus sueños son característicos del alcoholismo. Al exámen oftalmóscopico encontramos : atrofia de ámbas papilas en un período avanzado, resaltando el color nacarado de la esclerosis hácia la parte interna.

Aunque nuestras observaciones no lo han comprobado

aún, nos atreveríamos á segurar que la atrofia de la mitad interna del nervio del enfermo que nos ocupa, debió estar más patente ántes que la esclerosis invadiese su totalidad en grado tan avanzado.

### Observacion XI.

C. A., natural de esta Isla y de 48 años de edad, fué traido á nuestra consulta por el Dr. Valdespino, que le asistía, por una cirrosis del hígado, de orígen alcohólico. La disminucion de la vista data de dos años y hace algunos meses que se mantiene en el mismo estado. Corregida la presbicia lee alguna palabra del número dos de la escala y casi correctamente el número tres. Conociendo ya la etiología de la enfermedad se nos pasó por alto comprobar todos los síntomas del alcoholismo, pesando desde luego al exámen con el oftalmoscopio que nos puso de manifiesto la atrofia de la mitad interna de ámbas papilas, si bien en una, la derecha, empieza á hacerse total la atrofia.

### Observacion XII.

A. C., natural de Vizcaya, vecino de Cienfuego, de 56 años de edad, y con 31 de residencia en la Isla; nos fué recomendado por su médico, el Dr. Pertierra, para tratarle la afeccion de la vista que le aquejaba hacia de 5 á 6 meses. Nos refiere que habiendo notado la imposibilidad de ver con los anteojos que siempre había usado, resolvió cambiarlos y así lo hizo, sin adelantar nada con ellos, ni con otros más que se proporcionó. La disminucion de la vista empezó por no permitirle leer, aumentándose pronto hasta el punto de no conocer la fisonomía de las personas, y en ese estado se ha mantenido.

El Dr. W. Reyes, que con tanto provecho ha estudiado en París y en esta Isla los síntomas del alcoholismo, se hallaba presente, y haciéndonos el obsequio de interrogarle, pudo comprobarlos todos. A mi vez le pregunté, reservadamente, si acostumbraba tomar licores, contes-

tándome que hacia 10 meses que no los tomaba, pero que anteriormente hacia uso frecuente de la ginebra.

El oftalmoscopio nos reveló la atrofia de la mitad interna de ámbas papilas, viniendo este último síntoma á confirmar lo que en este caso nos fué fácil descubrir, porque el enfermo no tenia interés en negarlo, pero que hubiera sido de incalculable valor en el caso contrario.

Del mes de Marzo de 1875 hasta el de Junio de 1876 han ingresado en la clínica de enfermedades de los ojos un total de 1714 enfermos de ámbos sexos y de todas edades. Más de 60 han sido considerados como alcohólistas, es decir, aproximadamente un cuatro por ciento. Sin embargo, en sólo 43 se ha considerado la enfermedad como tal, á fin de no bazarnos en observaciones cuya etiología fuese dudosa.

Aun cuando háyamos reducido el número de ambliopías alcohólicas bien comprobadas á 43, si del total enfermos separamos los niños y niñas, 132 los unos y 170 las otras; si separamos igualmente las cuatro quintas partes de las mujeres, que tampoco están en condiciones de ello, y suman 360, resulta que al total de enfermos hay que rebajarle 662 incapaces de cometer abusos alcohólicos, pero que los 1052 restantes arrojan un individuo afectado de ambliopia alcohólica por cada 24 susceptibles de contraer la enfermedad.

Este resultado está de conformidad con lo expuesto por el Dr. A. W. Reyes en una comunicacion dirigida (1) á la Real Academia de Ciencias Médicas y que

(1) *Reflexiones acerca del abuso de bebidas alcohólicas en la Isla de Cuba.* (Sesion del 11 de Junio de 1876.).

transcribiré mos casi íntegra, por los curiosos datos que encierra.

Despues de combatir el infundado orgullo de creernos un pueblo más sobrio que los demás, el autor se propone deslindar cuáles son las causas que contribuyen al desarrollo de la embriaguez y al abuso de las bebidas. « Durante las guerras de la República francesa y del primer Imperio, dice, el consumo de las bebidas tomó un gran incremento; la industria, para llenar sus necesidades, desplegó aún mayor actividad, debiendo á sus efectos licores espirituosos, destilando la remolacha, la patata, la castaña y todas las féculas y frutas azucaradas; la abundancia de sustancias alcohólicas de precio inferior al del vino; las grandes guerras modernas y las ideas falsas sobre el efecto de las bebidas alcohólicas, ha sido la causa más eficaz de su propagacion. En todo tiempo y en todos los países se ha conocido el uso y el abuso de las bebidas alcohólicas, dictándose en casi todos ellos leyes especiales con el objeto de limitar y contrarestar sus efectos.

« En nuestro país, las mismas causas han producido idénticos efectos; las cifras que á continuacion citaremos, tomadas del *Avisador Comercial*, periódico que todos conocemos, vendrán en nuestro apoyo.

« En todo el año de 1874 ha entrado por el solo puerto de la Habana 145,100 garrafones de ginebra, que multiplicado por 25 botellas dan un total de 3.627,675 botellas; 9,005 frasqueras, que á 12 botellas, hacen 108,860; 12,905 cajas, que á 12 botellas dan 154,360. El total, suma en botellas, 3.890,595 botellas.

« En el año de 1875 ha entrado por el mismo puerto de la Habana 216,657 garrafones ó sean 5.416,428 botellas; 30,873 cajas, que á 12 botellas dan 370,476 : total 5.786,901 botellas.

« Como se ve, el aumento del año de 1874 al de 1875 ha sido de 1.896,306.

« El aumento es aún mayor para el año que va trascurriendo.

« Desde el 1° de Enero de 1876 hasta el 26 de Mayo han entrado 89,291 garrafones y 9,477 cajas. En igual fecha en 1875, sólo se habian recibido 52,056 garrafones y 7,056 cajas. La diferencia hasta la fecha indicada excede de un tercio poco màs ó ménos.

« Ahora bien : estos números sólo expresan el movimiento del puerto de la Habana ; pero, segun informes que se nos han comunicado, la importacion es tambien considerable por los puertos de Santiago de Cuba, Cienfuegos, Cárdenas y Matanzas.

« Supongamos que esos puertos no lleguen á introducir más que la mitad del total que entra por la capital y tendremos la cantidad, que parece fabulosa, de 8.680,351 botellas de ginebra, consumidas en 1875, teniendo en cuenta que el presente año lleva hasta ahora un aumento considerable.

« Ahora bien; si nos detenemos á pensar que esa enorme suma de 8.680,351 no representa más que uno de los factores, la ginebra, y que existen todavía otras bebidas, como el coñac, que hace un papel importante, la cerveza y el aguardiente del país y los vinos, el resultado es aún más asombroso.

« Por lo que hace á los vinos, la cifra que vamos á citar no se refieren más que á las entradas del 1° de Enero al 26 de Mayo de este año, y por sólo el puerto de la Habana. Vinos españoles 40,345 pipas, que á 625 botellas son 25.21[illegible],625 botellas; 15,495 barriles á 156 botellas son 5.417,220; 8,772 cajas de á 12 botellas son 105,264 botellas; 191 garrafones multiplicados por 25, número de botellas que contiene cada uno, dan 4,775; el todo hace un total de 27.747,884 botellas de vinos españoles, que sumadas con las que dans los vinos franceses, resulta la cantidad de 28.063,896 botellas.

« Para que esta asombrosa cifra tenga todavía más valor, debemos recordar que los vinos que se consumen en la Isla, tienen una enorme cantidad de alcohol.

« Calculando la poblacion total de la Isla en 1.400,000 habitantes, esto es, las mujeres, que representan la mitad de la poblacion blanca, los niños, que representan la tercera, los negros esclavos que no toman ginebra y la mayor parte de la poblacion libre de color, llegaríamos á la consecuencia de que las 8.680,351 botellas de ginebra víenen á repartirse entre 200,000 bebedores y aún quizás ménos; lo cual daria un término medio de 43 y media botellas anuales por cabeza de bebedor; terrible prueba para la solidez de estas cabezas.

« Si comparamos ahora el consumo de bebidas en la Isla con el de otros países, con el de Francia, por ejemplo, veremos una vez más todavía, que la idea de que en este país no hay alcoholismo, es una ilusion, por lo ménos hoy, pues, quizás en otros tiempos no se abusaba tanto de las bebidas.

« Mr. Lunier, Inspector del servicio de locos y de las prisiones francesas, en una Memoria publicada en 1872, se propuso investigar la relacion que habia entre el aumento de consumo del alcohol y el aumento tambien de casos de locura en cada una de las provincias francesas.

« De los datos recogidos por él, resulta, entre otras conclusiones importantísimas, que en los departamentos en que se consumia mayor cantidad de alcohol, los casos de locura eran más numerosos.

« Segun Lunier, los bebedores de profesion consumian 35 litros de licores fuertes por cabeza al año; los nuestros, segun hemos visto anteriormente, toman 43 y media botellas por cabeza, debiendo hacer notar que en muchas provincias de Francia se toma mucha cerveza, bebida higiénica y que contiene poco alcohol, y en Isla mucho vino alcolizado y otras bebidas que los contiene en gran cantidad. »

Nuestras observaciones posteriores vienen á confirmar las que acabamos de esponer, y su número bastante crecido permiten consignar como lo hemos hecho anteriormente que 1° La ambliopía alcohólica en la Isla de Cuba, es frecuente por el consumo exagerado de bebidas alcohólicas.

2° La atrofia de la mitad interna del nervio óptico, sin ser un síntoma constante, por su frecuencia es de poderoso auxilio para la formacion del diagnóstico.

---

## CAPITULO VII

### Filaria en el cuerpo vitreo.

La filaria es un verme neumatoide filiforme, como lo indica su nombre y de distintas dimensiones en relacion con la region del cuerpo donde se establece. No existe aun ninguna descripcion completa de este entozoario, conociéndose sin embargo varias clases la F. *Medinensis*, vulgarmente, *dragoncillo* que se encuentrubajo los trópicos en el antiguo continente; se aloja de preferencia en el tegido celular sub-cutaneo de las piernas dando lugar generalmente á ligeras molestias, pasando muchas veces desapercibida hasta que se abre paso al esterior; rara vez origina grandes sufrimientos; esta misma especie se observa con frecuencia bajo la conjuntiva, siendo más raro encontrarlas en los bronquios ó en otras vísceras.

En el interior del ojo se han encontrado á veces de 15 á 50 milimetros de longitud y de ménos grosor que el cabello mas fino. Las encontradas en el cristalino opaco, han recibido el nombre de *F. Lentis*, y *F. Oculi* las observadas en el espesor del cuerpo vítreo.

El macho de estos animales no se ha encontrado todavia; las hembras son ovo-viviparas.

Carron du Villards, en su guia practica (1) para el diagnóstico de las enfermedades de los ojos, asegura que no puede ponerse en duda la existencia de vermes no solo en los párpados y bajo la conjuntiva, sino tambien en el globo del ojo, señala la filaria observada en el cristalino y añade, que los que han viajado por oriente, saben cuan frecuentes son las afecciones oculares pro ducidas por la *F. Medínensis.*

Guyon en 1864 (2) al dar cuenta en la academia de ciencias de Paris de un nuevo caso de filaria, subconjuntival, recuerda otros recogidos por distintos observadores y por el mismo, en Africa, las Antillas y la América del Sur. Estas casos se encontraron en individuos de raza negra y el más antiguo se refiere al año 1770.

La filaria en el cristalino, ha sido comprobada muerta por de Graefe, Rudolphi y Makenzie ; viva y en el humor vítreo no ha sido hallada hasta ahora más que por Quadri en una jóven de 30 años y por Fano en un niño de 12.

La enferma de Quadri se quejaba de ver delante de su ojo derecho, un cuerpo filiforme, que vagaba de un lado á otro. Esplorado el ojo previa dilatacion de la pupila se pudo observar que el entozoario, media tres lineas poco más ó ménos de largo y un décimo de línea de ancho. Sin envoltura ni adherencia, per manecia libre en el humor vitreo, donde se ajitaba bajo la forma de una sombra oscura, enrozcandose á veces de diferentes maneras.

La enferma continuaba en observacion cuando Mr.

(1) T° 2°, p. 502, 1847.
(2) *Anales d'oculistique*, tomo 52, p. 241.

Quadri dió cuenta del caso ante el congreso oftalmológico de Bruselas.

El caso referido por Fano, afecta tambien el ojo derecho, el niño acusaba una diferencia marcada en la agudeza visual, pues examinado con la escala tipográfica se demostró que leia el nº 1. con el ojo izquierdo, miéntras que con el derecho apénas alcanzaba el 17. Al esterior no se apreciaba lesion alguna, á no ser una pequeña mancha en la córnea; dilatada la pupila y examinado con el oftalmoscopio, advertíase con el auxílio del reflector solamente, un filamento negro dirigido en sentido vertical, profundamente situado y que dividia en dos partes laterales la pupila. Este filamento, aparece y desaparece, estando el ojo fijo y á veces tiene un movimiento vibrátil en su estremidad inferior; aumentado su tamaño con auxilio de la lente, obsérvase como adherido de la papila optica, dístinguiendose en él dos movimientos, uno circular al rededor del punto de insercion y otro de inflexion á lo largo del cuerpo filamentoso.

La observacion siguiente ha sido redactada por el Dr. Anias Gago, á la vista de las notas consignadas en nuestro registro clinico.

### Observacion I.

Felix Levi, natural de Italia, de 34 años de edad y 18 de residencia en Cuba, se presentó en la consulta del Dr. Santos Fermandez, el 7 Agosto de 1878.

De temperamento bilioso-nervieso, enjuto de carnes y buena constitucion, no tiene antecedentes específicos ni diatésicos.

Refiere que hace unos 15 dias, sin causa aparente notó una nube en el ojo izquiedo algo semejante á *una lombríz de tres*

*dedos de largo* del grueso de un hilo y de color negro. No acusaba dolores ni otra molestia, más que la ligera ambliopia, producida por el cuerpo estraño.

Sin atribuir gran importancia á la palabras del enfermo y creyendo que se trataba únicamente de una opacidad en el cuerpo vitreo de esas que con tanta frecuencia, se presentan en la práctica oftalmológica,se procedió al examen oftalmoscopico, prestándose á ello la pupila un tanto dilatada.

Con el reflector simplemente, se comprobaron dos puntos negros y una opacidad blanquecina, que desapareció entre uno y otro exámen, lo que se interpretó como una ilusion, sin fijar más en ella la atencion.

Hecho el diágnostico de opacidades en el cuerpo vitreo, disponíase el Dr. Santos á recetarle cuando el enfermo le interrumr pio con la siguiente pregunta.

¿ Me hace V. el favor de decime que clase de animal es el que tengo en el ojo? El tono de la pregunta, encerraba una afirmacion tan terminante, que obligó al Dr. Santos á coger de nuevo el reflector y proceder á un segundo y micucioso exámen; al cabo de largo rato de esploracion, vió atraverar por el espeso del cuerpo vitreo, un pequeño animal, de movimientos ondulatorios semejantes á los de los reptiles, que cruzó rapidamente ante el campo pupilar, sin que pudiere volverlo á ver á pesar de insistir en el exámen con empeño.

Aunque lo visto por él no pudiere dejarle duda, como se tratase de un caso tan poco frecuente, invitó al Dr. Paz alli presente, á que investigase el fondo del ojo; este Sr. tuvo la suerte de ver el entozoario, comviniendo los detalles apreciados por él con lo observado por él Dr. Santos y lo manifestado por el enfermo.

Al siguiente dia se repitió el reconocimiento, aunque inutilmente, pues no fué posible apercibirlo, sucediendo lo mismo en otras cuatro tentativas hechas, prévia la dilatacion de la pupila.

Se le dispuso el ungüento napolitano y pomada de belladona en fricciones á la frente y sien y los arsenicales al interior.

*Agosto* 28. — Sometido al tratamiento indicado, durante el tiempo transcurrido desde su llegada á la consulta, se presenta con sintomas de una ligera iritis; se le ordenó la atropina.

1 *de Setiembre.* — Vuelve con la pupila dilatada y manifestando ver muy poco con el ojo izquierdo; correjido el estado de la acomodacion por medio de lentes convexos, solo pudo leer los gruesos caracteres de la escala.

Al reflector, comprobáronse gruesas opacidades en la cuerpo vitreo y otras punteadas sobre la capsula anterior del cristalino huellas inequívocas de la iritis.

En vista de estos fenómenos se pensó fundamente en la existencia de una infeccion especifica antigua; con este motivo se repetieron las investigaciones más detalladas en busca de antecedentes, sin encontrar nada que confirmase aquella sospecha.

El enfermo asegura que desde que se le presentó la irritacion en el ojo no ha vuello á observar el animalito, afirmando que está bien cierto de su existencia, que tenia la cola mas del-gada que el resto del cuerpo, y que no tiene duda acerca de sus movimientos espontáneos libres.

*Setiembre* 15. — Merced á un tratamiento apropiado, las opacidades han desaparecido en gran parte permitiendole ver mejor y leer el nº 3.

*Diciembre* 23. — Dice que vé mas claro; dilatada la pupila, distinguense opacidades en formas de membranas ó tempanos que casi obturaban por complete la pupila. No ha vuelto á ver la filaria.

Desde esta ultima fecha no ha vuelto el enfermo á la consulta.

## CAPITULO VIII

### Del glioma de la retina.

El cáncer del ojo, estudiado, desde época remota, no vino á ser conocido y clasificado de una manera racional hasta principios de este siglo, 1820, en que Maunoir, de Ginebra, estableció dos formas de cánceres delojo : la una, denominada *fungus hematode*, la otra, *fungus medular*. Si desde la época de Maunoir nos trasladamos á nuestros dias, sin hacer mencion de los trabajos publicados en ese espacio de tiempo, por ser los más de ellos de escasa importancia, vemos que la classificacion del ilustre cirujano de Ginebra ha sido conservada, y que las dos categorías principales de cánceres del ojo admitidas hasta nuestros dias, responden exactamente á las dos clases de Maunoir. El *fungus hematode* es el *sarcoma coroidiano* de hoy, y el *fungus medular* el *glioma de la retina*.

Así como en 1858 apareció la primera observacion bien detallada del *sarcoma de la coroides*, por de Graefe, y cuyo exámen histológico pertenece á Virchow, así puede decirse que pertenece á Robin (1) la gloria de haber precisado la natureleza anatómica de lo que se

(1) *Iconographie* de Sichel, pl. LXI, fig. 14.

habia descrito en Francia con el nombre de *encefaloide* del ojo, en Inglaterra con el de *medullari sarcoma* y en Alemania bajo la denominacion de *marhschwam* de la retina ó del ojo. Robin le consideró como una hipergenesis de los núcleos del tejido intersticial de la retina. Schweigger (1) confirma esta opinion con el exámen histológico de dos casos más, y Wirchow, en su gran obra de los tumores, estudia de una manera general esa clase de seudoplasma, desenvuelto en los centros nerviosos, y al cual dió el nombre de *glioma*.

No son tan numerosas las observaciones que sobre esta clase de tumores posee la literatura médica, y muy especialmente la española, que no merezca la pena de que nos ocupemos de una, si no completa, al ménos de interés en alguna de sus partes.

### Observacion I.

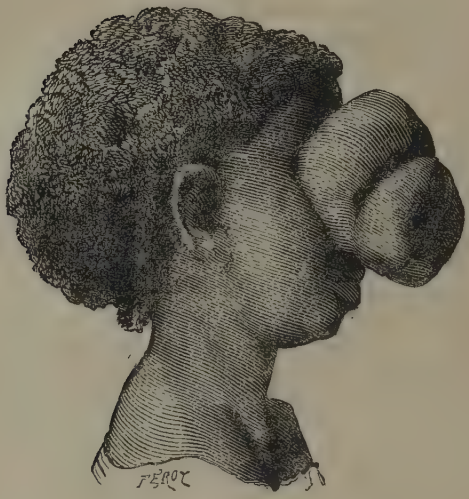
Cármen Casmenate, natural de la Habana, de dos años de edad y perteneciente á la raza negra, pero de color ménos oscuro, sin que por esto pudiéramos considerarla como mulata, vino á nuestra clínica el 19 de Enero de 1876, de órden del Dr. D. Estéban del Valle, llamado para asistirla.

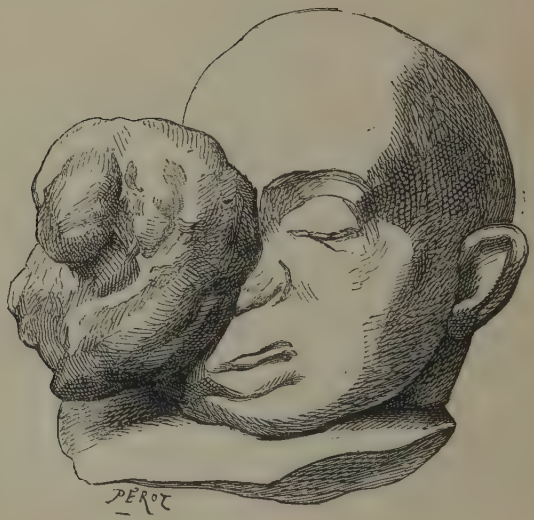
La madre nos refiere que nació con estrabismo, y que á los dos meses de nacida le notaron una mancha en la pupila, por lo cual se dirigieron á un facultativo, y éste dijo ser una catarata. Sin cambio notable permaneció hasta fines de Diciembre de 1875 en que, habiendo caido de una escalera, se lastimó el ojo, sufriendo con este motivo fuertes dolores. Cuando llegó á nuestra consulta presentaba inyeccion periquerática, córnea estafilomatosa y ausencia de cámara anterior; en el campo pupilar se veia una sustancia blanquecina, vascularizada en el centro, donde se percibia un color rojizo intenso. A pesar de lo imperfecto del

(1) *Archiv füz Ophthalmologie*, VI, 2, p. 324.

exámen, porque la enfermita se negaba á él, sospechamos la existencia de un tumor maligno, y así se lo manifestamos á nuestro ilustrado compañero el Dr. G. del Valle, añadiéndole que creíamos indicada la enucleacion total del bulbo, pues considerando el ojo ya inepto para la vision, nada se perdia, si no era un tumor maligno, miéntras que tal vez se ganraia mucho si nuestras sospechas eran fundadas. Como sucede siempre, tal operacion fué acogida con terror por la familia, y sólo despues de pensarlo mucho se decidieron á la operacion el 3 de Febrero de 1876. Prévia cloroformizacion, procedimos á la enucleacion, que fué practicada por el método de Boet y con mayor pérdida de sangre que la que por lo general se observa. Acto contínuo dividimos trasversalmente el bulbo, encontrando toda la region del cuerpo vítreo ocupada por una sustancia del color de la gelatina, pero de alguna mayor consistencia que aquella. La existencia del glioma intraocular era ya para nosotros un hecho, y, temiendo que se hubiese podido propagar á los demás accesorios del ojo contenidos en la cavidad orbitaria, determinamos extirparlos todos, limpiando cuando nos fué posible las paredes, así como la superficie interna de los párpados, por donde más temíamos la reproduccion del tumor. Rellenando de hilas secas la cavidad orbitaria, la sangre cesó de correr, y no habiendo habido apénas reaccion inflamatoria, á los dos dias dimos principio al tratamiento consecutivo, empleando inyecciones con la tintura de eucaliptus dos veces al dia, y ordenando al mismo tiempo 18 gramos al interior, por haber recomendado el Dr. Luton dicha planta (1) como capaz de detener los progresos del cáncer encefaloide, único en que lo habia empleado. Como es de suponer, ningun resultado obtuvimos de la medicacion, y al mes, próximamente, la cavidad orbitaria estaba nuevamente llena de la sustancia cancerosa. A instancias de sus allegados, nos decidimos á practicar una segunda operacion, animados por el estado al parecer saludable de la niña; no existian infartos ganglionares, disfrutaba de buen apetito y jugaba alegremente. El 10 de Marzo, anestesiada convenientemente, procedimos á desocupar la cavidad orbitaria, raspando

(1) *Crónica Médico-Quirúrgica de la Habana*, pag. 52, tom. II.


PÉROT


PÉROT

como anteriormente y despojando con las tijeras curvas la parte interna de los párpados de toda degeneracion. Esta vez la cura consistió en la aplicacion de una pasta arsenical, bajo la fórmula siguiente:

| | | |
|---|---|---|
| Cinabrio porfirizado, | 16 | partes. |
| Sangre de drago, | 16 | id. |
| Arsénico blanco porfirizado, | 8 | id. |

Durante un mes la cavidad se presentaba límpia, haciéndonos concebir satisfactorias esperanzas; pero pronto percibimos la induracion del párpado inferior, y tras de esto las paredes se cubieron mamelones hasta llenarlo por completo, bastándole pocos dias para sobresalir el tumor entre los párpados. Nos negamos á toda intervencion quirúrgica, y la masa cancerosa fué aumentanto hasta el punto de formar un cono cuyo vértice partia de la orbita, y cuya base, extendiéndose profundamente de la oreja á la nariz, podrir menir decímetro y medio de diámetro.

El tiempo trascurrido desde la última operacion al dia en que murió, fué de 5 meses y 29 dias; miéntras el tumor no sobresalió de la órbita, la niña jugaba y tenia buen apetito; pero á medida que iba adquiriendo las enormes dimensiones de que hemos hecho mencion, perdia su buen carácter habitual y apénas se alimentaba; con la palidez de la piel se presentó el edema de las extremidades inferiores, que no tardó en generalizarse al troncco y á la cara. Durante la noche se despertaba lanzando un grito agudo, que revelaba los dolores que indudablemente padecia. Hasta la víspera de su muerte fué traida á la consulta todos los dias y en ella se le hacia la cura con antisépticos y hemostáticos, á fin de aminorar la fetidez que la rodeaba y las hemorragias frecuentes que la amenazaban.

El dia 9 de Setiembre falleció tranquilamente, víctima de la caquexia cancerosa y sin complicacion cerebral. La autopsia, practicada por nuestro distinguido compañero el Dr. Montané, arrojó los datos siguientes. Dado un corte circular al cuero cabelludo, fueron serrados los huesos del cráneo dejando al descuberto las meninges que se encontraban sin alteracion alguna apreciable en toda su extension, pues unicamente en la parte correspondiente á los huesos de la orbita (pared superior) se notaba la dura madre de un color negruzo, un poco engrosada,

sin que esta alteracion alcanrara la aracnoides y pia-madre. Cortadas estas membranas y puesto al descubierto la sustancia cerebral, no se notaron en ella otras alteraciones que las cadavéricas y un poco comprimido el lóbulo anterior del hemisferio cerebral derecho por el engrosamiento de los huesos de la cavidad orbitaria, debido á las alteraciones que despues veremos. Fijándonos con toda detencion en la porcion intracraneal de los nervios ópticos, se veia que el derecho, correspondiente al ojo afectado, se encontraba, desde su salida del quiasma hasta la entrada del agujero óptico, adelgazado en una tercera parte del volúmen que tenia el izquierdo, pero que en su color y consistencia no se veia que estuviesen afectados de alteracion alguna apreciable. Desalojada la cavidad del cráneo de la sustancia cerebral, se dieron dos cortes, el primero, empezando en la parte media del frontal, tenia su terminacion en la union de los dos maxilares superiores, dividiendo todas las partes blandas y duras en la extension dicha. El segundo principiaba en la region temporal y terminaba en el ángulo de la mandíbula. Estas dos incisiones se unian por la parte posterior, dividiendo los huesos de la base del cráneo. De este modo se pudieron poner al descubierto todos los huesos que concurren á formar la órbita, los cuales se hallaban, por la parte que corresponde al cráneo, de un color negruzco, principalmente el frontal, engrosado y de una consistencia ménos dura que la normal, pareciendo como si estuviesen infiltrados por algun líquido.

Bajo do puntos de vista puede considerarse interesante la observacion que acabamos de referir : primero, por el error de diagnóstico que parece tuvo lugar en los primeros dias de nacida la niña, y que á no haber ocurrido así tal vez se hubiera salvado ; y segundo, por las grandes dimensiones del tumor, sin que sus destrozos hubiesen depasado la cavidad orbitaria.

En otra época, cuando no poseíamos los elementos de diagnóstico que en la actualidad, era frecuente confundir el glioma de la retina en su principio, con una cata-

rata de la primera edad; más de una vez se pretendió operarla, y Carron du Villards (1) confiesa haberse visto en tales circunstancias. Los anales de la ciencia nos ofrecen pocos casos salvados habiéndose practicado la enucleacion á tiempo; no obstante, en la última década de este siglo, que es cuando mejor estudiada ha sido esta enfermedad, clinica é histológicamente, se prodrian ir acumulando hechos semejantes á los que nos refieren Warlomont y Duwez, y que nos parecen dignos de exponerlos á continuacion.

### Observacion I.

Roberto C., natural de Wigandsthal, Silesia, de 3 años de edad, de buena constitucion, robusto é hijo de padres sanos, presentó desde el primer año de su vida un *reflejo amarillo* en el ojo izquierdo, y algunas semanas despues de este fenómeno, advirtió la madre que el niño no veia. En cinta de Roberto, ésta tuvo grandes sufrimientos durante la asistencia de otro hijo que le nació con *espina bífida*.

Los movimientos del globo ocular izquierdo son normales, presentando este mayor dureza que el derecho; el iris funciona con regularidad y los medios trasparentes no han sufrido alteracion alguna. A simple vista se descubre en lo profundo de la pupila un reflejo amarillo metálico, debido á la proyeccion de la retina hácia adelante. Al oftalmoscopio se descubre un tumor irregular en forma de embudo y situado en la region ecuatorial de la retina; su superficie está cubierta de vasos y de anfractuosidades; dos de ellas se encuentran en la region superior de la retina.

El 9 de Mayo de 1869, Mr. Landsberz practicó la enucleacion total del bulbo; la parte seccionada del nérvio óptico, en estado normal, media 4 milímetros; el ojo en su diámetros ántero-posterior, 22 milímetros; en su eje horizontal 22,$^{mm}$5 y en

(1) *Journal des Sciences médicales*, t. 40, p. 6. Paris, 1832.

el vertical 21mm5. La retina desprendida en forma de embudo y unida al nérvio optico, ofrece en su parte anterior desigualdades que al microscopio demuestran la estructura del glioma con principio de degeneracion grasosa en algunos puntos de su superficie. El profesor Valdeyer asegura que es un glioma fibroso, evidantemente en su primer período, por cuanto el neoplasma se limita á la seccion anterior de la retina. El niño Roberto ha sido observado hasta seis años despues de la aparicion y disfruta de buena salud, llevando, hace dos años, un ojo artificial.

OBSERVACION II.

Bertha Libiz, natural de Sprotton y avecindada actualmente en Berlin, fué examinada por la primera vez el 6 de Enero de 1873.

De 6 años de edad y nacida de padres saludables, gozó de buena salud hasta el mes de Agosto de 1872; en esta época se le notó cierto reflejo en el fondo del ojo izquierdo, y ella advitrió que no veia de dicho ojo. Este no tuvo cambio alguno, hasta Diciembre del mismo año en que la conjuntiva se inyectó y se presentaron dolores. El 6 de Enero de 1873 se observó un estado glaucomotoso del ojo significado, inyeccion ciliar, fotofobia, aunque escasa, tendencia á ta midriasis, ligero empañamiento del vítreo y dureza del bulbo, ausencia de exoftalmos y de perturbacion en los movimientos, reflejo brillante del fondo del ojo debido á un ancho pliegue de la retina recomente vascularizado y avanzando hácia la pared posterior del cristalino. El tumor ocupa casi toda la mitad interna de la retina y se extiende hasta la *Ora serrata*.

Habiéndole dado el sarampion, no fué practicada la enucleacion hasta el 7 de Mayo de 1873. La degeneracion gliomatosa se extendió ya hasta la region ecuatorial del cristalino. El bulbo, duro como una piedra, fué enucleado el 8 de Mayo, haciendo la reseccion del nérvio óptico en la extension de 8 milímetros. El ojo media en su eje óptico 25 milímetros y en su eje vertical 24.

Dividido el bulbo en dos mitades por una seccion horizontal, se encontro la mitad superior ocupada por la masa principal del tumor, que se alojaba en la parte media del espacio com-

prendido entre la cápsula del cristalino y la insercion del nérvio óptico en un espacie de 4 millímetros de largo sobre 10 de ancho, conservando la retina su aspecto exterior normal á los lados de la zona de ziun y paralelamente á esta la degeneracion se extiende bajo la forma de infiltracion gris lardácea en la sustancia del nérvio óptico y en una extension de 4 milímetros. La pupila presenta una excavacion bastante pronunciada y su diámetro llega á 5 milímetros.

El tumor se compone de una masa gris salpicada de puntos calcáreos del tamaño de granos de arena. La mitad superior de la retina, ménos invadida por el neoplasma, forma una masa, en forma de cordon, adherente por su parte anterior á la cápsula del cristalino, y continuándose de una manera directa con el nérvio óptico. La textura microscópica difiere muy poco de la descripcion tantas veces dada del glioma de la retina.

A los dos casos que acabamos de exponer, puede añadirse otro, operado por de Graefe y descrito por Hirschberg, como un glioma en el foco secundario del névio óptico. El operado lleva, hace 15 meses, un ojo artificial. Fué presentado el 18 de Noviembre de 1874 á la Sociedad Médica de Berlin y el 23 de julio de 1875 disfrutaba de una perfecta salud.

El glioma de la retina se observa más frecuentemente en los niños que en los adultos. En 24 casos recogidos por Nardrop, 20 eran menores de 12 años; el mayor número se observa en niños de 2 á 4 anos. Arlt, de Viena, señala 5 casos de glioma en 8,451 enfermos de los ojos; Hischberg, 3 en 5,428; Mooren, 4 en 5,768; Landsberg, 4 en 8,145 y nosotros 3 en 3,500.

Terminaremos llamando la atencion sobre las diversas affecciones del fondo del ojo, que pueden, hasta cierto punto, simular el glioma de la retina, y que MM. Warlo-

mont y Duwez (1) reducen á las siguientes : El desprendimiento de lá retina; los productos de la coroiditis parenquimatosa; el cysticerco sub-retiniano y los restos del hyalitis supurativo.

El desprendimiento de la retina no se observa nunca en los niños; es liso y de color gris, fluctúa con los movimientos del ojo y los vasos que se observan son los fisiológicos de esta membrana.

El glioma se distingue de la coroiditis parenquimatosa consecutiva á la meningitis cerebro-espinal, en el color. Knopp recomienda para el exámen la luz solar con un heliostato, y de este modo podrá percibirse que el glioma presenta un reflejo amarillo resaltante, miéntras que en la coroiditis es un reflejo blanco gris simplemente ; además, en el glioma no existen al principio ni síntomas cerebrales, ni sinequias, ni tension ocular, síntomas obligados de la coroiditis parenquimatosa. Finalmente, el cisticerco sub-retiniano y los restos de una hialitis supurativa, resultan de la presencia de un cuerpo extraño.

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* Paris, 1876.

## CAPITULO IX

### Del sarcoma de la coroides.

Cuando en 1875 tuvimos el honor de ocupar por la primera vez los escaños de la Academia de Ciencias de la Habana, se ventilaba en ella la importante cuestion del tratamiento quirúrgico del cáncer, teniendo gran número de adeptos y siendo escaso, escasísimo el de los que sin restricciones se oponian á toda operacion (1). A su turno nos tocó terciar en la discusion y manifestamos que en lo que se referia al cáncer del globo ocular, fundados en las recientes investigaciones de los autores y en nuestra propia práctica nos decidíamos por la operacion, siempre que esta se practicara á tiempo y de una manera adecuada. Reciente estaba en nuestra memoria la operacion que algunos meses ántes habíamos practicado en un jóven, sin grandes esperanzas de éxito, y la sorpresa que nos causó saber que estaba sirviendo en el ejército, cuando le suponíamos, si no muerto, al ménos víctima de una recidiva. Este caso lo mencionamos á la ligera en el seno de la Corporacion, mas no sin guardar

(1) *Anales de la Academia de ciencias de la Habana*, tom. XV, pág. 48.

cierta reserva, por que se nos resistia creer que dadas las pésimas condiciones generales del individuo, el mal no tuviera recidivas, ya en la órbita, ya en cualquiera otra region del cuerpo.

La literatura médica extranjera se ha enriquecido en la última década de este siglo con numerosísimas observaciones acerca del punto que nos proponemos estudiar; por el contrario, la nuestra, siempre á la retaguardia en trabajos que demandan observacion, sólo posee tres; dos de glioma de la retina del Dr. Carreras y Arago (1) y la del mismo género que tuvimos el honor de dar a luz en las columnas de la *Crónica* (2).

Todas tres corresponden al cáncer intra-ocular de la primera edad, el que, segun las repetidas y detalladas investigaciones micrográficas, tiene su orígen en los núcleos del tejido intersticial de la retina. La observacion que, aunque incompleta por carecer del exámen micrográfico, nos proponemos reseñar, pertenece al cáncer intra-ocular de la mayor edad que los autores localizan en la coróides; de esta clase no conocemos ninguna descripcion original en nuestro idioma.

### Observation I.

Juan Rodriguez, campesino, de 19 años edad y natural del pueblo de Naval Moral de Pusa, se presento á nuestra clínica en la provincia de Toledo el dia 25 de Abril de 1874; su naturaleza, al parecer pobre, llevaba el sello de la anemia, el color de su tez, si no era el pajizo de la caquexia cancerosa, tenia, sin embargo, cierta analogía. Al lado derecho, en el lugar que debia

(1) *Crónica oftalmológica de Cádiz*, tomo 1°.
(2) *Crónica Médico Quirúrgica de la Habana*, tomo 2°.

ocupar el globo ocular, se veia sobresalir de la órbita un tumor que ocupaba toda la cavidad, y sobresalia de esta como tres centímetros por entre los párpados que se habian recogido en su base. La superficie externa del tumor desigual y cubierta de un líquido purulento ofrecia repugnante aspecto, el cual lo aumentaba la fetidez que despedia.

Nos refiere que la enfermedad databa de algunos años, que habia estado en Madrid y que el Dr. Velazco lo examinó, y no teniendo sitio donde colocarlo despues de la operacion, lo dirigió á la Clínica quirúrgica de la Facultad, donde le juzgaron inoperable, y él pidió el alta y se volvió á su pueblo. Allí permaneció sin tratamiento alguno viendo crecer el tumor que en su principio dejaba ver el bulbo ocular, y en la época en que nos consultó y resolvimos operarle tenia ya el volúmen de una manzana.

Al dia siguiente, prévia anestesia por cloroformo, procedimos á la operacion acompañados de los Dres. Fuentes, Paz y Romagoza. Ensanchada la hendidura palpebral por su lado externo can el bisturí, pasamos á disecar las adherencias de los párpados al tumor. Libres estos y sumamente distendidos á causa del mismo desarrollo de aquel, pudimos continuar la diseccion por toda la pared orbitaria, y con gran pérdida de sangre logramos aislarlo y extraerlo en su totalidad. La parte interna de los párpados y la superfinie interna de la cavidad fueron despojados cuidadosamente, con las tijeras, de los restos que le quedaban del tumor. Lavada repetidas veces la region con agua fria, ordenamos como única cura rellenar la cavidad de hilas secas. Esta se renovaba dos veces al dia, despues de hacer unas inyecciones anti-sépticas de cocimiento de quina para el aseo conveniente. Cuando el enfermo volvio del sueño cloroformico no acusaba dolor ninguno, ocurriendo lo mismo durante los ocho o diez dias que le asistí despues y en los cuales no hubo la menor reaccion febril. A su partida, que no nos fué possible impedir, le recomendamos continuara el mismo género du curas, y sin tener más noticias de él, supe que en la quinta que con motivo de la guerra carlista tuvo lugar por el mes de Junio, habia caido soldado.

Han trascurrido tres años, y en la carta que hemos recibido

en contestacion á una que habíamos escrito inquiriendo noticies, se nos dice :

Que el mozo Juan Rodriguez se encuentra hoy en esta Villa con licencia ilimitada, perfectamente bueno y robusto, sin que haya otro consecuencia de tan arriesgada operacion.

Sin los estudios micrográficos que con tanto fruto se han llevado á efecto en estos últimos tiempos, difícil seria formar el diagnóstico de sarcoma de la coroides en el caso que nos occupa. El curso de esta affeccion puede considerarse dividido en cuatro grandes períodos. En el primero, el oftalmoscopio por sí sólo podria esclarecer el diagnóstico. Mr. Brière que en una extensa monografía (1) sustenta esta opinion, reasume su argumentacion en estos términos : « Es, pues, posible hacer el diagnóstico de un sarcoma de la coroides por medio del oftalmoscopio, y nosostros lo hemos llevado á cabo en dos de los tres casos que hemos observado, debiendo hacer notar que el tercero lo vimos por primera vez ya en el período glaucomatoso. El diagnóstico se basa en los datos siguientes :

1. El sitio del desprendimiento de la retina que es hácia arriba y afuera. 2. La inmovilidad ó la poca movilidad de la parte central y superior de la lesion. 3. La red vascular de nueva formacion situada detrás de la retina. 4. La aparicion succesiva sobre la superficie del tumor de puntos diversamente coloreados de blanco ó negro y de pequeños focos hemorrágicos. 5. La restriccion progresiva de la parte correspondiente del campo visual.

(1) *Etude clinique et anatomique sur le sarcome de la choroide et sur la mélanose intra-oculaire*, por el Dr. E. Brière, pág. 157.

Ya en el Congreso oftalmológico de 1868, Knapp y Otto Bæcker, de Heidelberg (1), provocaron la dicusion acerca del diagnóstico de los tumores intra-oculaires, y á propósito de una memoria leida por el primero. Con este motivo Wecker (2), en el artículo de su libro consagrado al glioma, se expresa así : « Todo lo que hemos adelantado bajo el punto de vista práctico, es que en el glioma el oftalmoscopio deja ver la retina en una extension variable, con un reflejo proprio del ojo del gato ó metálico (œil de chat amaurotique), en tanto que el sarcoma lo presenta generalmente occulto bajo un desprendimiento de la retina de aspecto ordinario.

La opinion de Mr. Brière es digna de llamar la atencion de los observadores, con tanta más razon cuanto que sorprendido el tumor maligno en sus primeras evoluciones, ofreceria la mayor oportunidad de combatirlo con éxito.

Nosostros añadiríamos á los síntomas objetivos señalados por Mr. Brière, uno que, aunque sólo, puede observarse cuando el tumor se halle implantado en la periferia de la coroides, nos ha llamado la atencion para precisar el diagnóstico en un caso, comprobado despues por la enucleacíon en la clínica oftalmológical del Dr. Galezowski, en París, y en el caso que á continuacion expondremos.

### Observacion II.

F. Y. natural de Vizcaya, de 54 años de edad y 35 de residencia en Cuba, fué inscrito en el nº 2393 del Registro clínico, el

(1) *Annales d'Oculistique*, tomo LXVII, pág. 201, 1872.
(2) *Tratado de las enfermedades de los ojos*, tomo 2º, 1868.

29 de Octubre 1875. De elevada estatura, bien constituido y habiendo disfrutado siempre de buena salud Nos refiere que hace mes próximamente sintió una molestia en el ojo izquierdo, advirtiendo que de noche le salian como chispas del mismo: á la inspeccion no se obseavaba ni en uno, ni en otro, síntoma alguno. La agudeza visual era perfecta por cuanto leia con anteojos nº 8, convexos, toda la escala tipográfica de Giraud-Teulon. Por su estructura ámbos ojos eran hipermétropes, necesitando de cristales convexos nº 12 para ver de léjos. Examinando el interior del ojo con el reflector del oftalmoscopio, solamente se veia detrás del cristalino y naciendo indudablemente de la *ora-serrata* un cuerpo oscuro, en el cual reconocimos un desprendimiento de la retina que por su forma y falta de movilidad diferia mucho de los desprendimientos simples. Nos llamó la atencion, como el caso del Dr. Galezowski, citado ya, que cuando hacíamos mirar al enfermo hácia fuera el desprendimiento cubria todo el campo pupilar, dejándolo libre hasta el punto de poder examinar cómodamente el interior del ojo cuando le hacíamos mirar hácia la nariz. Sentimos no ver en nuestras notas especificado si comprobamos ó no el campo visual y si la superficie del tumor presentaba algo de notable; nos inclinamos á creer, sin embargo, que esto último no nos pasó desapercibido, y que si no lo hallamos en nuestro apuntes, podemos afirmar que nada se veia que mereciese la atencion.

Este enfermo no hemos tenido ocasion de volverle á examinar, pero no dudamos que una segunda entrevista nos confirmará el diagnostico de sarcoma de la coroides que despues de un exámen minucioso sentamos.

El tumor perteneciente al individuo de la observacion I., lo entregamos al Museo antropológico del Dr. Velasco, en Madrid, á fin de que se hiciese el exámen histológico de la pieza, con tanto más interés cuanto que en dicho Museo existia un busto del enfermo en que estaba modelada la neoplasia. Parece ser que tanto aquel como este se han extraviado.

Ahora bien, careciendo del exámen histológico, que nos permitiria hacer el diagnóstico diferencial perfecto entre las doses clases de tumores intra-ocúlares, el glioma y el sarcoma, recurramos á otro signo diferencial que nos permitirá desde luégo reconocer si nos hallamos en presencia de una de las dos clases, y este signo es la edad del paciente.

El glioma no se ha observado despues de los qiunce años, así como el sarcoma tampoco se ha visto aparecer ántes que el individuo cuente esa edad. Fijándose detenidamente en la estadística qne sobre el sarcoma de la coroides ha llevado á efecto Mr. Brière (1), vemos que haciendo abstracciones de los dos casos de sarcoma inflammatorios de Knapp y de Quaaligno, todos los otros enfermos cuentan de 40 à 60 años; los dos más jóvenes el uno tenia doce años y el otro quince.

Por otra parte sabemos que el glioma de la retina es un triste patrimonio de la primera edad. En 4,284 enfermos de nuestra clínica lo hemos observado dos veces, ámbas con un resultado fatal; el uno sin operarle y el otro á pesar de ello. El enfermo de más edad que ha presentado esta afeccion tenia 7 años (Hirschberg). Por consiguiente si nuestros dos enfermos y muy especialmente el primero contaban más de 20 años de edad, podemos asegurar que se trataba de un Sarcoma de la coroides.

En el segundo período del sarcoma de la coroides que pudiéramos llamar glaucomatoso, el diagnóstico puede

(1) Mr. Brière, *loc. cit.*

sospecharse, pero desde el momento que los medios trasparentes del ojo se enturbian el error es tan posible como nos lo prueban los numerosos casos en que ha ocurrido y que están consignados en diversas publicaciones, Esta dificultad de precisar el diagnóstico en este período nos debe hacer fijar en la necesidad de una enucleacion que nunca puede dejar de ser beneficiosa.

El tercer período del sarcoma de la coroides se señala por la propagacion del tumor á las partes vecinas del bulbo. El estado glaucomotoso termina tan pronto como se perforan las cubiertas del ojo, ya sea por la córnea, ya por la esclerótica. Los síntomas parecen ménos alarmantes entónces, pero el cirujano debe insistir más en la operacion porque está muy próximo á ver pasado el momento de intervenir eficazmente.

El enfermo de nuestra primera observacion puede considerarse como un caso raro de curacion, pues, indudablemente, cuando le vimos el tumor tenia ya algun tiempo de entrada en el tercer período, por cuanto no se descubria ni remotamente la presencia del globo ocular.

¿Se puede asegurar que la enfermedad, hoy al parecer combatida despues de los tres años trascurridos, no pase al tercer período, ó sea el de *metástasis?* No es posible asegurarlo. Las recidivas han tenido lugar á los dos, tres, cinco, y hasta nueve años despues de la operacion (1), y si bien es verdad que en muchos de los casos á que nos referimos se sospechaba ya la presencia de tumores en el hígado, órgano de eleccion para esta clase de metástasis. debemos tener presente que las ope-

(1) *Loc. cit.*, pág. 173.

raciones fueron practicadas, como la nuestra, en el tercer período, el más abonado á la generalizacion del mal y por consiguiente á las recidivas.

De todos modos no nos arrepentimos de haber vencido la repugnancia que nos inspirara una operacion de tan pocas esperanzas y concluiremos afirmando que es de suma importancia el diagnóstico de la enfermedad en su período preliminar para realizar una intervencion quirúrgica satisfactoria; pero que no es ménos útil recordar hechos como el que acabamos de referir, pues en casos desesperados pueden servir de estímulo al cirujano, para no abandonar al enfermo á los progresos de una enfermedad combatida sin descanso desde los primeros tiempos de la Medicina.

Posteriormente hemos tenido ocasion de observar otros dos casos mas, cuyas observaciones recogidas en estos ultimos dias en nuestra clinica hansido redacctadas por el medico militar Dr. Arias Gago.

### Observacion I.

Francisca Dominguez, natural de la Habana de 33 años de edad, casada; se presentó en la consulta el dia 13 de Noviembre de 1878.

Refiere que hace cinco años veia como una sombra, al lado esterno del ojo izquierdo, la cual fué aumentando lentamente hasta no dejarla ver más que por la parte superior, hace tres años; y hoy no vé nada absolutamente de dicho ojo. Ha tenido algunos dolores de cabeza. Sus antecedentes de familia nada arrojan de particular; su padre murió de hidropesia, su madre vive todavia; ella tiene nueve hijos y todos disfrutan de buena salud: en la actualidad esta embarazada, en el cuarto mes proximamente aun que ella no puede precisarlo.

En el exámen que hicimos comprobamos la amaurosis com-

pleta; el esterior del ojo no ofrecia nada distinto del otro; al oftalmoscopio comprobamos un desprendimiento de la retina hacia la parte interna, tan circonscrito y limitado, que nos hizo sospechar la existencia de un tumor intraocular, lo que se hizo constar en el registro clinico; lo restante del fondo del ojo se presentaba turbio no pudiendo distinguir la papila; en consecuencia se recomendó á la enferma que no se abandonara, en el caso de que se presentare algun nuevo sintoma, y no la propusimos desde luego la operacion en la seguridad de que no la aceptaria, como sucedió más tarde cuando fué indispensable.

*Marzo* 8 *de* 1879. En el ojo afecto encontramos lo siguiente; conjuativa ligeramente inyectada, iris inmovil y pupila algo contraida recordando la iritis; al traves de la pupila previamente dilatada y hácia la parte interna, distinguiase á simple vista y mejor aun con la luz oblicna un cuerpo blanco.

Con el oftalmoscopio no fué posible iluminar el fondo del ojo.

A pesar de la falta de antecedentes y de la escasez de sintomas se consignó desde luego el diágnostico de Sarcoma de la coroides, pronosticando con reserva acerca de su marcha ulterior.

*Marzo* 20 *de* 1879. Aunque el aspecto esterior del ojo es casi el mismo la enferma se presenta reclamando algun alivio á los dolores punzantes que hace algunas noches esperimenta en el ojo, hoy lo siente tambien por la tarde á la hora de consulta; la molesta tener el ojo abierto aunque no hay fototobia.

*Marzo* 24 *de* 1879. Vuelve acompañada por su madre; el ojo se presenta lloroso con mucosidades blanquecinas como la serosidad de algunos quistes, ligeros pliegues edematosos en la conjuntiva principalmente en su parte correspondiente al hemisferio superior de la córnea; dolores en todos los ramos del quinto par, region superficial, palpebral, maxilar, etc., etc.

Afirmados más y más en el diagnóstico tratamos aunque inútilmente de persuadirla á la operacion.

*Abril* 7. Temiamos ya habernos equivocado en el diagnóstico, cuando la enferma se presentó en un estado mucho más grave; la cámara anterior presentaba una hemorragia negruzca; el

epitelio de la córnea estaba ulcerado; sentia dolor á la presion, la conjuntiva se veia inyectada fuertemente y de color rojo oscuro, el lagrimeo estaba aumentado.

*Abril* 18. Dispuesta por fin la enferma á ser operada y arreglado todo convenientemente, surgia la dificultad de la anestesia en una enferma embarazada de 8 á 9 meses. El periodo de escitacion que precede al sueño anestésico no podria desenvolver las contracciones uterinas y provocar el parto?

El feto ocupando una gran parte del vientre, no seria un obstaculo sério á la respiracion de la madre?

El cloroformo seria inofensivo para la criatura?

A pesar de todo nos decidimos á practicar la operacion por creer siempre de más peligro la presencia del cáncer en el ojo, que los riesgos de la anestesia.

La enferma se resistió un poco á las primeras inspiraciones como acontece casi siempre, más tranquila despues fué durmiendose lentamente sin gran depresion del pulso; la respiracion ámplia y completa, dilatándose las paredes del vientre más por las partes laterales; el feto entre tanto seguia moviéndose y su corazon latia con la misma regularidad.

La operacion se llevó á cabo felizmente y en brevisimo tiempo; el Dr. Santos cortó la conjuntiva y desbridó por la parte interna, hizo la tenotomia como en el estrabismo seccionó cón las tigeras curvas el nervio óptico, volteó el globo del ojo y acabó de desprenderle de sus ataduras.

Vuelta en si la enferma al poco rato y aplicado un vendaje conveniente se trastadó á su casa.

*Abril* 29. Levantado el apósito, se advierte un ligero equímosis palpebral y el interior de la órbita bañado de una secrecion sero-purulenta, en el fondo el muñon se presenta de color rojo negruzco bañado de la antedicha secrecion, revelando hallarse interesado por la neoplasia.

No se nos ocultó que este desgraciado accidente pudiera presentarse, más teniendo en cuenta que se trataba de una muger jóven todavia y que los tejidos parecian completamente normales, despues de la enucleacion no nos decidimos desde luego á limpiar completamente el fondo de la órbita, con tanta más razon cuanto que esta operacion podia intestarse si llegaba á

hacerse necesaria, y creyéndola indispensable, asi se la manifestó; y segun dijo su esposo se oponia á que fuese nuevamente operada, aplazándola para despues del parto.

*Junio* 24. La enferma vuelve á la consulta despues de haber dado à la luz, y con sorpresa se vé el muñon en estado normal y su color puede asegurarse que en nada se diferencia de otro cualquiera. No habiendo dolor à la presion ni acusando ningun otro sufrimiento se desiste de enuclear muñon.

### Observacion II.

Luisa Martinez, natural de Cartagena, con 15 años de residencia en Cuba y 50 de edad, se presentó en la consulta el 6 de Setiembre de 1877.

Refiere que hace como tres años que perdió la vista del ojo dorecho, tuvo una inflamacion y á los 15 dias, cuando desapareció ya no veia, durante dichos dias tuvo dolores limitados á la sien derecha.

A simple vista se veia una ligera opacidad del cristalino, que se comprobó con el oftalmoscopio, la tension del ojo es bastante notable, ausencia de percepcion luminosa. Al oftalmoscopio se vé la papila ligeramente decolorada. La agudera visual aunque parece disminuida, no se puede precisar porque la enferma no sabe leer bien. En esta fecha formulamos el diagnostico siguiente. Glaucoma agudo y catarata del ojo derecho.

*Marzo* 6 *de* 1879. En esta fecha vuelve á la consulta, acompañada del Dr. Plá y Silva; cuando la vimos la primera vez, se fué á poco á la Peninsula y hacia pocos meses que estaba de vuelta, cuando se presentó esta segunda.

El ojo se presenta voluminoso exoftálmico, la ectasia general de la esclerótica es más pronunciada hacia la parte esterna, donde tiende á formar estafiloma y á herniar se la coroides. E color del bulbo en general es rojo negruzco, en la parte inferior hay un equimosis notable que rebaja el párpado inferior y parece estrangulado por el borde libre de este. Asegura no haber experimentado dolor alguno, en todo el tiempo transcurrido desde que la observamos la primera vez, ni en la actualidad á pesar de la notable deformidad que presenta, acusa dolor de ninguna clase. La pupila estaba contraida; ausencia de cámara

anterior, persistencia de la catarata que de blanque-cina se ha vuelto amarillenta.

Sin antecedentes diatésicos, hereditarios, ni una causa que explicase tamaño cambio en el órgano, no pudimos formar un juicio preciso respecto á la naturaleza, de la enfermedad, pero desde luego convenimos en que podria practicarse la enucleacion, puesto que la ectasia, teniendo una marcha progresiva no solo producia una deformidad considerable sino amenazaba perforarse y dar lugar á sufrimientos.

Propuesta la operacion y aceptada por la enferma se llevó á cabo el dia 24 de Abril de 1879.

Cloroformizada la enferma lentamente, sin resistencia por su parte, ni accidente alguno notable, empezó el Dr. Santes la operacion, desprendiendo la conjuntiva por la parte interna y superior, seccionando los músculos internos y el nervio con gruesas tijeras, trató de voltear el ojo lo que no dejó de ofrecer alguna dificultad, por la hemorragia abundante y el quémosis inferior que lo impedia.

Dimos por terminada la operacion y transcurridos algunos minutos y cuando la enferma, empezaba á volver en sí de la anestesia, cuando examinamos esteriormente el ojo y encontramos un abultamiento en el hemisferio posterior, de forma esférica y color negruzco y del tamaño de una gruesa avellana, que calificamos de estafiloma de la esclerótica y de la coroides; dividimos el bulbo en su diametro antero posterior y con gran sorpresa encontramos, un tumor de aspecto encefaloides, ocupando toda la cavidad, menos un pequeño espacio ocupado por el cristalino. opaco, amarillento y endurecido.

En vista de esto sospechamos la presencia del neoplasma en la cavidad orbitaria, sospecha que fué confirmada por el tacto, por lo que decidimos, anestesiar nuevamente la enferma y limpiar hasta el hueco del fondo de la órbita, cuya operacion se realizó de un modo tan completo como fué posible, aplicando despues una pelota, de hilas, con pasta de Canquoin, en la prevision de que pudieran quedar, algunas células sarcomatosas, en el fondo de la órbita.

Trasladada la enferma á su cama, no hubo mas novedad que una lijera hemorragia y vómitos por la noche.

En los dias susecivos se repitieron las aplicaciones de la pasta, que no producian dolor, por lo que se fué aumentando hasta que se formó una escara grande y edema considerable de los párpados. Las curaciones en estos últimos dias han consistido en limperar el fondo de la orbita con una espátula y repetir metódicamente las cauterizaciones siguiendo aparentemente en buen estado, pero sin que podamos pronunciarnos acera del resultado ulterior de el tratamiento, toda vez que se trata de una gravisima enfermedad de marcha lenta.

*Junio* 24. Despues de cauterizaciones metódicas durante un mes, ya con la Pasta de Canquoin, ya con el nitrato ácido de mercurio y últimamente con una pasta arsenical compuesta de Cinabrio porfirizado 16 partes : Sangre de Drago, 16; arsenico blanco porkrizado, 8; fué adquiriendo la cavidat orbitaria un color rojo franco hasta el punto de suspender las cauterizaciones, lavando la órbita tan solo con agua alcoholizada á un tercio. De este modo la cavidad orbitaria fué desapareciendo, si asi puede decirse hasta no quedar mas que una ligera hendidura interparpebral; el párpado superior en su superficie esterna venia siendo entónces el fondo de la hondonada que formaba la órbita, segun se vé generalmente en los ojos vaciados. Se le ha dado el alta considerandola curada.

Esta observacion encierra grande enzeñanra práctica ; hemos visto que cuando la enferma se presentó en la consulta, estaba en tal estado que no era posible precisar, la enfermedad que padecia; perdida la trasparencia de los méqios, extinguida la visión, sin mas antecedentes que una inflamacíon y algunos dolores, en época anterior, lójico era referir todos estos trastornos á cualquier otro mal, antes que al sarcoma por fortuna poco frecuente ; mas teniendo en consideracion por otra parte, la graredad de la lesion comparada con la escasez de los sintomas y la falta de una causa inmediata y suficiente para explicárla, sospechamos ya en la visita de la enferma á nuestra

consulta, que pudiera tratarse de una de esos padecimiéntos tan terríbles como lentos en su curso y poco ruidosos en sus primeras manifestaciónes. Entónces debiamos aconsejar á la enferma la operacion, y se hubiera efectuado seguramente, en mejores condiciónes, con mas probabilidad es de éxito, y siñ necesídad de exponerla á una tan considerable deformídad, pero seguramente hubiera sido muy difícil, conseguir de una muger que se prestase á perder un ojo que no la molestaba en lo mas mínimo, ni la afeaba mas que si padeciese una conjontivitís catarral; sea como fuera, creemos que siempre que se presente un caso de esta naturalera, cuando mas oscura e inexplicable se presente la enfermedad, cuando hay tan notable diferencia entre los sintomas anatómicós y funcionales, y cuando la vísion está extinguída por completo, haciendo al ojo absolutamente inútil para sus fines, en estos casos decimos, no debemos vacilar en proceder á la enucleacion, que no puede acarrear mayores males, y muchas veces será tan oportuna y útil como lo hubiera sido en el caso presente.

## CAPITULO X

### De la iritis de forma neurálgica y su tratamiento.

---

La iritis, esa enfermedad de los ojos, fácil de diagnosticar las más de las veces, cuyo pronóstico no es de los más graves y cuyo tratamiento está perfectamente formulada en los tratados de oftalmología, coloca algunas veces al clínico en condiciones tales que para hacer algo que calme los agudos dolores del enfermo, ordena á este no hacer nada.

Si en el curso del proceso inflamatorio del iris no se corriese el riesgo de las sinequias posteriores, muchas iritis desaparecerían por sí solas sin necesidad de instilar la atropina ni hacer emisiones sanguíneas. A veces la inflamacion del iris no se nos revela más que por los dolores periorbitarios, sin que veamos en el orificio pupilar estrechéz exagerada ni ese aspecto deslustrado del iris que es el sello de la congestion y reclama la aplicacion de sanguijuelas á la sien. Otras veces los dolores periorbitarios no existen y sí, la contraccion de la pupila y la sensacion de peso con fotofóbia. No faltan casos, y son de causa específica, en que la iritis no se reconoce más que por el condiloma que ocupa regularmente la parte

interna y superior del diafragma iridiano, acusando el paciente la enfermedad tan solo por la disminucion de la vista.

Hemos observado que en la iritis de forma neurálgica, es decir, en aquellas en que el síntoma dolor es el predominante, los mercuriales al interior, léjos de apaciguar el sistema nervioso, lo exaltan de una manera tan exagerada, que el enfermo se desespera y el médico, despues de recurrir á todos los medios recomendados, se vé en la precision de suspender toda medicacion ó aceptar empíricamente aquel tratamiento que el ojo soporte mejor, por más que no llene todas las indicaciones.

Hé aquí un ejemplo de esto último en la observacion siguiente :

Observacion I.

J. G. M., residente en la Habana y vecino de la calzada del Monte, se presentó en la consulta el 18 de Junio de 1875 acusando dolores vehementes en la region periorbitaria del lado izquierdo, en la mitad de la frente del mismo lado hasta el occipucio, acompañado de fotofóbia y lagrimeo, la conjuntiva bulbar inyectada la cámara anterior ligeramente aumentada y la pupila algo retraida. El enfermo nos refiere que hace un mes empezó á sentirse mal de los ojos y á los siete dias de iniciarse la enfermedad se le presentaron los dolores, viéndose obligado á consultar á un facultativo, que trató inútilmente de calmárselos por medio de inyecciones hipodérmicas. Otro facultativo aplicó un cáustico á la nuca, que no le proporcionó alivio. Nos refiere igualmente haber tenido hace tres meses un chancro y un bubon y que para su cura estuvo en los baños de San Diego, habiendo estado sometido á un tratamiento específico ántes y despues de visitar dichas termas.

El Dr. J. Santos Fernandez le ordenó la atropina y una pomada mercurial con morfina, tolerándole continuase con el ioduro de potasio, que despues de un preparado hidrárgírico,

parece le habia prescrito el médico encargado de combatir la afeccion venérea. Al dia siguiente el enfermo se encontraba en peor estado, la inyeccion periquerática era mayor y se juzgó acertado la aplicacion de cuatro sanguijuelas á la sien; faltó un dia á la consulta y al otro, cuando volvió, le encontramos sumamente agoviado por los dolores, manifestándonos que se le exacerbaban con la aplicacion de cualquier medicamento y pareciéndole notar un alivio, aunque leve, cuando se lavaba con agua algo caliente. — Se le ordenó suspender por dos dias todo género de medicamentos, y habiéndose apaciguado el sistema nerviosos le aconsejamos el empleo de compresas empapapadas en agua tan caliente como pudiese soportarla, logrando de este modo la desaparicion de los dolores para renovar el uso de la atropina á fin de evitar las sinequias posteriores. El enfermo continuó bien y la pupila se fué dilatando gradualmente por el aumento de la dósis del medicamento indicado. La circunstancia de presentarse la neuralgia ciliar y del quinto par en general tratándose de una iritis específica, que, como hemos dicho, son las más de las veces indolentes, la atribuimos al uso irracional y no metódico de los mercuriales y del ioduro de potasio para combatir la infeccion sifilítica. Nos atrevemos á formar este juicio, porque con la neuralgia del quinto par coincidian dolores en diversas partes del cuerpo, desapareciendo la una y los otros con la suspencion de todo tratamiento. Despues de considerarle curado de la iritis, volvió á nosotros para referirnos que todos os dias padecia cefalalgias que le duraban algunos minutos y desaparecían por sí solos. Este síntoma, juzgándole un accidente mercurial como los anteriores, tratamos de combatirlo con el bromuro de potasio, en vez del hierro empleado por otros.

Las inyecciones hipodérmicas de morfina, cuya utilidad es innegable por hacer desaparecer intantáneamente esas neuralgias terribles que parecen incompatibles con la vida, dan á veces un resultado contraproducente en las iritis de forma neurálgicas; el alivio que producen es momentáneo, reapareciendo el dolor quizás con más

creces. No há mucho fuimos llamados en consulta con tres acreditados prácticos de esta ciudad para una señora de cuarenta años próximamente, de buena constitucion y de temperamento indefinido ó más bien nervioso. La enferma venia padeciendo hacía siete dias más ó ménos una iritis en que la neuralgia del quinto par era el síntoma predominante; cuando la examinamos la encontramos en cama : la pupila dilatada por la atropina no presentaba sinequias. El médico de cabecera nos manifestó haber usado la atropina, la fricciones de pomada mercurial y de belladona, emisiones sanguíneas locales y las calomenos al interior. En vista de la rebeldía de la neuralgia, intentó calmarla por medio de inyecciones hipodérmicas de morfina, practicándolas todas las noches á la hora en que empezaban los dolores, obteniendo una calma pasajera. Atendiendo á la ineficacia del tratamiento, propuse y así lo aceptaron los dos médicos llamados conmigo, que se supendiese por completo el tratamiento, y sin combatir la iritis directamente, se le administrase poco ántes de que se presentase la neuralgia una fuerte dósis de cloral, para que durmiendo la enferma, no se diese cuenta de aquella. Por afectar cierta perioricidad uno de los profesores creyó prudente añadir el sulfato de quinina, lo cual fué admitido por unanimidad.

Otros casos pudiéramos citar en que ménos felices que con los anteriores, no nos ha bastado la suspension del tratamiento seguido, ni el acariciar tal ó cual indicacion empírica, ni finalmente, la administracion del cloral calmante de gran recurso en la terapéutica acular, por no

ocasionar, como el opio y sus principios, la congestion del ojo. Forzoso nos ha sido permanecer con los brazos cruzados ante un enfermo en semejante estado, recetando tan solo por no desesperarle al ver nuestra impotencia hasta aguardar que el síntoma dolor cediese por sí solo.

He aquí una observacion que lo confirma :

### Observacion II.

En Setiembre de 1876 fuimos llamados por nuestro compañero el Dr. Aguilera para encargarnos de la existencia del Sr. R., natural de la Habana de 60 años, cuya enfermedad databa de tres dias y consistia en una iritis del ojo izquierdo con legera inyeccion periquerática, obedeciendo la pupila á la atropina que dejaba ver una sinequia posterior. La vision estaba poco perturbada y lo que mas llamaba la atencion y atormentaba al enfermo eran los fuertes dolores de cabeza. Estos dolores que por periodos desaparecian cuando se presentaban de madrugada eran mucho mas intensos no calmándose por los pomadas de morfina, aplicaciones de laudano, cianuro de potasio, etc. Las inyecciones de morfina solo producian un alivio momentáneo. La neuralgia no podia ser dominada por el sueño á pesar de las altas dósis de cloral que fueron indicados. Así trascurrieron varios dias sin que la situacion del enfermo variase hasta su traslacion al Vedado que le fué tan beneficiósa que desde el primer dia de su llegada dismuyeron, á pesar de haber tenido lugar durante la noche el huracan de 1876.

La parasentésis del ojo recomendada como tratamiento de la iritis es un recurso soberbio en las de forma neurálgica : no obstante, su aplicacion es limitada á aquellos casos en que no hay la menor señal de hipopion y la cámara anterior agrandada por el humor acuoso parece pedir su salida por medio de la puncion.

Terminaremos afirmando que con la iritis de forma neurálgica hasta ahora no descrita, el síntoma dolor es el predominante y contra el cual debemos dirigir nuestros esfuerzos. Que los dolores aumentan con las emisiones sanguineas, con los mercuriales tanto al interior como aplicados localmente. Que las inyecciones hipodérmicas proporcionan un alivio ligero, haciendo despues más vehementes los dolores, y que finalmente, en muchos casos, cuando el enfermo viene á consultarnos despues de un tratamiento irracional, no nos queda más recurso que suspendérselo por uno ó dos dias hasta que la misma naturaleza nos indique el sello que debemos imprimir á nuestro tratamiento.

## CAPITULO XI

### De las opacidades de la córnea en el claustro materno.

Las enfermedades ó trastornos morbosos, que oponiéndose al desarrollo del cuerpo humano, le hacen sentir sus efectos, aparecen no pocas veces desde los primeros tiempos de la vida intrauterina. Estas afecciones llamadas congénitas, han sido ya observadas en gran número.

Prescindiendo de las que se refieren á una detencion en el desarrollo embrionario que son las mas señaladas, existen otras cuyo desenvolvimiento en el claustro materno, no tiene siempre fácil esplicacion. Joulin, el autor que más estensamente se ocupa de estas enfermedades dice : « El estudio de las enfermedades del feto es en estremo interesante, más por desgracia los trabajos sobre este particular son incompletos; fuera de desear que un observador inteligente, hiciese de ellos el tema de un tratado que seria indudablemente bien recibido. » I como el mismo autor añade que seria inesacto decir que el feto puede padecer todas las enfermedades del adulto, conviene aumentar observaciones para ver hasta que punto, está en lo cierto el malogrado tocólogo.

Guiados por esta idea nos atrevemos á dar cuenta de los casos que hemos observado, fijándonos en las opacidades congenitas de la córnea de que dice Tavignot lo siguiente : « El estudio de las opacidades congénitas de la córnea, no esta más que iniciado á mi entender; d'Ammon es el único autor que hasta el presente se ha fijado en tan interesante asunto. »

A continuacion refiere la historia de un niño de 18 meses que le fué presentado en el estado siguiente. Ojos de tamaño y forma normales; estrabismo interno bastante marcado; nistagmus.

La córnea izquierda opaca en toda su estension, escepto en su circunferencia donde existe una zona circular transparente de dos á tres milimetros de estension. En la derecha la opacidad está limitada á la parte central y no ocupa más que un tercio de su estension. No hay señales de vasos sobre las córneas ni en el espesor de su tejido; la opacidad aunque uniforme va disminuyendo del centro á la circunsferencia.

Los párpados en estado normal, la mucosa inyectada; no existen indicios de oftalmia purulenta.

El iris, de ambos lados falta casi completamente, no está representado más que por una banda gris, que se apercibe al nivel del circulo ciliar confundiendose con este. La luz no provoca contracciones en estas enormes pupilas.

La vision es evidente en los dos ojos, pero, si la luz es viva, determina fatiga, fotofobia y estornudos.

Los padres y las nodrizas afirman que esta afeccion

se remonta al nacimiento y que jamás ha presentado ningun sintoma de oftalmia.

Nuestra observacion redactada por el Dr. Arias Gago, dice asi:

Francisco Valdes y Palma, natural de Sagua (Isla de Cuba), de 8 años de edad fué traido por sus padres á la consulta de enfermedades de los ojos del Dr. J. Santos Fernandez el 4 de mayo de 1877, y anotado con el nº 4245 del registro clinico.

De buena constitucion, aspecto saludable y de padres sanos, hasido lactado por su madre desde su nacimiento, sin presentar otra novedad que la de haber nacido con una nube en el ojo desecho, segun espresion de la madre.

Examinado el ojo detenidamente á la luz oblicua natural y artificial, comprobamos un leucoma de color blanco azuloso, en todo semejante á los que se observan en los recien nacidos que han padecido alguna oftalmia purulenta grave.

El leucoma ocupaba mas de los dos tercios inferiores de la córnea. Por la parte transparente de esta, aunque con la dificultad producida por la movilidad propia de los ojos de un niño, descubriase la papila bastante distintamente.

El padre afirma que la nube, era mayor al principio y que le parece que se ha ido borrando.

El diámetro de la córnea derecha parece menor que el de la izquierda, al tacto no se nota diferencia entre ambos ojos.

Hay estrabismo convergente á la derecha, mas acentuado en los ultimos meses.

Ynsistiendo nuevamente en el origen de la enfermedad y manifestando los padres, no tener duda alguna acerca de que el niño nació con la opacidad querática, se formuló el diagnostico de leucoma consecutivo á una conjuntivitis purulenta en el claussro materno.

Dado el color blanco azuloso de la opacidad y no francamente nacarado, abrigamos la esperanza de que con el transcurso del tiempo se reabsorberia en totalidad ó al ménos en gran parte y en su consecuencia le fué aconsejado un tratamiento análogo, al seguido despues de la conjuntivitis de los recien nacidos, cuando quedan ápacidades en la córnea.

Habitando el niño una poblacion distante de la capital, no hemos tenido ocasion de volverle à ver.

Ahora bien, como esplicamos el hecho de nacer la criatura con una opacidad queratica?

D'Ammon, el primero que se ha ocupado de este asunto es espresa asi :

« La opacidad congénita de la córnea puede ser parcial ó total. La primera se observa más comunmente al mismo tiempo que la microftalmia ; se encuentra siempre en la circunferencia jamás en el centro, y ocupa el punto de union esclero-corneal. El oscurecimiento de la córnea puede ser mas ó ménos pronunciado ; cuando es muy fuerte no se observa linea de demarcacion entre la esclerótica y la córnea ; esta ultima parece blanquecina como la primera y apénas, es traslúcida en su centro. Rara vez esta parte traslúcida, detrás de la cual se encuentra

ordinariamente la pupila, tiene una forma redonda; con más frecuencia es triangular ú oval, sin limites determinados y confundiendose sensiblemente por sus bordes con la esclerótica. Otras veces existe en la esclerótica y la córnea una zona azulada que establece la division entre las membranias.

Respecto á la etiólogia de estas opacídades, sábese que en los primeros meses de la vida embrionaria, no existe diferencia entre la córnea y la esclerótica del ojo humano, su estructura es identica y hasta el tercer mes no empieza la separacion entre dichas membranas; la cornea se hace más trasparente y la esclerótica más espesa y blanca; en esta época comianzan las opaciédades congénitas; estas no son pues, más que el resultado de un detenimiento en el desarrollo de la córnea. El órgano aumenta, es cierto de dimension pero lentamente, de ahi la coincidencia de este defecto congénito con la microftalmia; casi siempre hay al mismo tiempo falta de desarrollo del iris y otros órganos.

Esta opacidad de la cornea se disipa rara vez en el curso de la vida; se la ha observado en muchos individuos de la misma familia, unás veces en un ojo, siendo el otro normal, otras en los dos.

Cuando la opacidad es total, la membrana tíene el aspecto opalino azu lado, está abombada, y parece hipertrofiada sin semejar por eso el estafilona. La forma del ojo es esférica y recuerda el eslado del globo en los embriones. El ojo, está con frecuencía dirijido convulsivamente hacia arriba.

Esta afeccion pudiera confundirse con la persistencia

de la membrana pupilar, ó con exudaciones plásticas que ocuparan la cámara anterior. Es notable que á medída que los niños avanzan en edad, la córnea parece ménos opaca y que algunas veces se puede reconocer el irís á traves de ella.

En un niño la opacidad ha disminuido gradualmente hasta el punto de que al cabo de algunos meses pudo ver aunque debilmente; era miope y estrábico alternativamente de uno ú otro ojo; los dos se en contraban en perpetuo estado convulsivo. » Tavignot, á continuacion del caso que dejamos mencionado hace las reflexiones siguientes;

La opacidad congenita debe referirse en efecto á una detencion del desarrollo de la córnea, que quedaria más ó ménos tiempo opaca, como lo está de un modo transitorio en los tres ó cuatro primeros meses de la vída intrauterina, ó bíen es preciso considerarla como la consecuencia de una queratitis plástica, desarrollada miéntras que el feto reside en la matriz?

Aqui la lesion simultanea del iris y la cornea pare-ce militar en favor de la primera opinion; sin embargo la opacidad congenita de la córnea, existe con frecuencia sola, mo lismo que la midriasis organo-genesica, existe generalmente sin otro trastorno material de los tejidos del ojo.

Nos parece bastante racional considerar la opacidad congénita de la córnea como el resultado de una queratítis desarrollada en una época más ó ménos avanzada de la vida intrauterina, bajo este concepto, esta afeccion tendria alguna analogia con la catarata congenita. En

efecto, estas enfermedades ofrecen lesiones análogas, caracterizadas por la opacidad de tejidos normalmente diáfanos, las dos pueden existir sin modificacion del iris; pero coinciden algunas veces una y otra, con una detencion en el desarrollo de esta membrana.

Añadiremos que, en nuestra opínion, el vicio de conformacion del iris es más bien el efecto que la causa de la enfermedad que complica. »

Por último Ph. Steffan en un trabajo titulado *Contribution à l'étude de l'étiologie des anomalies congénitales de la cornée*, trata de establecer, que estas opacidades son el resultado de una anomalia de desarrollo de la córnea que reconocen por causa *una detencion en el desarrollo del cristalino*. Funda su opinion, por una parte en el modo de desarrollo de la cornea y del cristalino, y por otra en la autopsia, que hizo de un niño abortado, cuyos ojos portaban opacidades centrales, con la apariencia de leucomas adherentes, tales como se observan despues de la infiltracion purulenta de la córnea. El ojo derecho es el que ofreció particularidades propias para dar con la clave del mecanismo de produccion de estas opacidades; el cristallino estaba situado en su mayor parte en la camara anterior y la cristaloide anterior estaba intimamente soldada á la porcion leucomatosa de la cornea con la cual formaba cuerpo; la zónula de Zinn faltaba en la region donde el cristallino no ocupaba la cámara posterior y la porcion correspondiente del cuerpo ciliar estaba poco desarrollada. No habia señales de inflamacion.

M. Steffan, esplica esta disposicion suponiendo que la separacion que debe operarse entre la córnea y el crista-

lino, por consecuencia de la evolucion fisiologica del ojo, no tuvo lugar en el caso presente, y esta detencion de desarrollo del cristalino, recobran-do sobre la córnea, habria hecho desviar el desarrollo de esta membrana de su tipo normal, le habria impreso los carácteres de la esclerótica. Rechaza con Zrehender la idea de una detencion de desarrollo de la cornea misma, puesto que esta membrana es trasparente desde los primeros tiempos de la vida intrauterina y admite que en un pequeño número de casos la opacidad congénita puede ser el resultado de una inflamacion anterior.

Nosotros creemos que estando comprobado como la está (1) la existencia de la oftalmia purulenta en el claustro materno, estas opacidades de la córnea pueden atribuirse con bastante fundamento á esta enfermedad; la identidad de la opacidad objeto de nuestra observacion con las que se encuentran despues de la oftalmia de los recien nacidos, nos dan derecho á sustentar esta opinion.

Tal vez cuando un número suficiente de observaciones vengan á confirmar nuestra manera de pensar, se esplicará porque la oftalmia purulenta, se observa tambien en muchos niños recien nacidos, cuyas madres robustas y vigorosas no han padecido de flujo leucorreico ni antes ni durante el embarazo.

(1) *Ophthalmie purulente chez le fœtus*, par Rivaud Landran. *Annales d'oculistique*, t° 37, p. 66.

## CAPITULO XII

### De las manchas metálicas de la córnea y de la fotofobia que las acompaña.

---

La fotofobia, ese síntoma que preside á la mayor parte de las inflamaciones del ojo, ha perdido mucho de su importancia despues del descubrimiento del oftalmoscopio, desde que el diagnóstico de las enfermedades de los ojos ha llegado á adquirir una perfeccion, que, aunque relativa, pueden envidiar los otros ramos de la medecina.

La fotofobia se caracteriza por dolor vivo y lancinante en la totalidad del globo ocular, con imposibilidad de soportar la luz, y secrecion abundante de lágrimas. Este horror á la luz, como indica la etimología de la palabra, se refiere lo mismo á una luz viva, solar ó artificial, que á la de una habitacion cerrada; los individuos afectados de queratitis muy particularmente permanecen con los ojos cerrados aunque se encuentren en una alcoba del todo oscura; la idea de poder tropezar tal vez con un rayo de luz los obliga á no entreabrir los párpados y bajar la cabeza.

Esta aversion á la luz no debe confundirse con otro estado ó síntoma del ojo, en que, si bien la excesiva luz ó la reflejada del Sol molesta, sin embargo, no puede

denominarse fotofobia por cuanto á una claridad moderada la vision puede tener lugar : tal acontece á los individuos afectados de catarata incipiente, á los que despues de operados afectan una catarata secundaria, á aquellos á quienes se les ha instilado la otropina y los que tienen alguna opacidad central de la cápsula del cristalino ó de la córnea.

La patogenia de ámbos síntomas es tambien distinta; lo que hemos llamado fotofobia, tiene su orígen en una excitacion directa del trijémino que anima la córnea, conjuntíva é íris, sitios de eleccion para las inflamaciones que engendran fotofobia. Inflamadas ó excitadas estas membranas ó cada una de ellas, con dolor ó sin él, la impresion se trasmite al sensorio comun y por reflexion á la retina, que no pudiendo manifestar su excitacion de otro modo que haciéndose más ó ménos sensible á su excitante genuino, la luz, responde con ese horror á la que denominamos fotofobia.

Muchas teorías se han propuesto para explicar el sitio de la fotofobia, unos la han hecho residir en el ligamento ciliar, suponiéndolo irritado y distendido, miéntras que otros la han colocado en la retina, cuya sensibilidad se exalta. No ha faltado quien haya creido existiese verdadera inflamacion de esta membrana en épocas en que las regiones internas del ojo nos eran veladas. Hoy semejante opinion no tiene razon de ser, por cuanto en las afecciones de la retina comparadas por el oftalmoscopio no existe fotofobia y puede asegurarse sin temor de equivocacion, que son pocas las afecciones internas del ojo en que se note este síntoma, en tanto que, como hemos

indicado, es frecuente en la inflamacion de las membranas más externas. El otro síntoma que hemos convenido no asimilarlo á la fotofobia, por más que con ella tenga alguna analogía, reclama un lugar aparte, puesto que si en esta la retina fué impresionada de una manera violenta por medio del quinto par, en aquel lo es directamente, porque la luz que penetra en el ojo de un afectado de catarata incipiente, de opacidad central de la cápsula del cristalino etc., etc., no pasa por el centro de los medios de refraccion, como en el estado normal para herir un solo punto de la retina; hay algo que se lo impide, y los rayos de luz se dispersan, hieren la membrana en diversas puntas, y de aquí el *deslumbramiento*, nombre que reemplaza con todo derecho al de fotofobia.

No es de escasa importancia conocer la génesis de estos síntomas, porque de confundirlos, nuestro diagnóstico sería errado, el pronóstico falso y la terapéutica irracional.

El enfermo que en el curso de un abceso de la córnea que termina por ulcerarse ó en el de una úlcera primitiva emplea el acetato de plomo, tiene como síntoma obligado la fotofobia, y esto puede arrojar mucha luz en la formacion del diagnóstico.

El plomo, de uso frecuente en las artes, tiene tambien sus aplicaciones en la terapéutica : laminado, ha servido para recubrir úlceras y sus compuestos, el acetato, yoduro y estearato se ordenan más de una vez; sin embargo, así como el protocloruro de hidrargirio preparado al vapor y el yoduro de potasio son excelentes medicamentos, pero en ciertos casos perjudican, así los

preparados de plomo dan un resultado desfavorable si al prescribirlos no se han tenido en cuenta determinadas circunstancias. El acetato tribásico de plomo que, dilatado en agua y añadiéndole alcohol, constituye el agua Goulard y lo que vulgarmente se conoce con el nombre de *agua blanca*. es el medicamento favorito en la Isla de Cuba para las enfermedades de los ojos. A la menor indisposicion que en ellos advierta un indivíduo, ántes de recurrir al facultativo ha de usar el agua blanca; por eso al penetrar el médico en una habitacion, donde se encuentre algun enfermo de los ojos, de esos á quien interna la fotofobia en lo más escondido de la casa, ha de encontrar sobre el próximo velador el acetato de plomo; á las pocas palabras que se crucen con el paciente, manifestará su determinacion de haber usado como medida preventiva el indicado líquido.

Todos sabemos que el agua vegeto-mineral, ó agua de Goulard, es un hidrolato formado de una mezcla de agua y de sub-acetato de plomo líquido. Goulard ponia dos dracmas de extracto de Saturno, por una libra de agua, añadiendo luego una onza de alcohol. En el dia se prepara esta agua con extracto de Saturno, ciento veinte gramos, y alcohol á 80° centigrados, sesenta gramos. El aspecto lácteo de esta mezcla es debido á que se produce una corta cantidad de sulfato de plomo, por la doble descomposicion del sub-acetato de plomo y del sulfato de cal contenido en el algua comun, pues este color apénas existe cuando se hace uso de la destilada. Las úlceras de la córnea están bañadas, como las de las otras regiones del cuerpo, de cierta humedad, que si fuera posible ana-

lizarla químicamente, encontraríamos la explicacion de porqué la parte de sulfato de plomo que contiene el agua de Goulard, se deposita en la superficie de la solucion de continuidad formándole una cubierta. Cuando esta cubierta es espesa y en gran extension, el diagnóstico es fácil para aquellos que la hayan visto alguna vez y descubran la etiologia, pero cuando se trata de pequeñas dimensiones y de un delgadísimo espesor, entónces puede confundirse con un ligero albugo simplemente, ó con un albugo ulcerado, y en este caso es cuando reconocemos a la fotofobia su verdadero valor en la formacion del diagnóstico. Tal nos aconteció en los casos que á continuacion expondremos.

### Observacion I.

Manuel, natural de la Coruña, inscrito en el número 1344 de nuestra clínica y residente en la Habana desde hace cinco años desempeñaba el oficio de sirviente en el Colegio de Belen, donde uno de sus compañeros, estando él mirando por el agujero de una cerradura, le quemó el ojo con un tabaco introducido por el oficio opuesto. Catorce meses pasaron, durante cuyo tiempo estuvo al cuidado de diferentes facultativos, sin obtener ningun alivio, y sucediéndole lo mismo en los dos que pasó en la clínica. A su llegada á esta, formulamos el diagnóstico de úlcera de la córnea; no habia más síntomas objetivos que la ulceracion cuyo fondo blanquecino nos llamó la atencion, si bien que los atribuimos á que terminaria por una opacidad ó que estaba implantada en un álbugo. Empleamos durante los dos meses todo cuanto la terapéutica aconseja, sin que se calmase la fotofobia y el lagrimeo que sin cesar le atormentaban. Aunque no tenia antecedentes, por más que los traté de descubrir, resolvi averiguar si existia en la úlcera algun ligero depósito metálico ó de otro género á que poder atribuir su color blanquecino y la fotofobia. Fué feliz nuestra determinacion, pues tan pronto como

raspamos el fondo de la pequeña úlcera, con una aguja de extraer cuerpos extraños, de la córnea, desapareció dicho color, perdiéndose entre las lágrimas la sustancia ó cuerpo que le producia. Al dia siguiente vino á la clínica manifestándonos no tener el menor temor á la luz ; siguió viniendo dos dia más, en los cuales, no teniendo molestia alguna, resolvió colocarse de cochero de alquiler; el haber elegido esta colocacion nos proporciona la utilidad de verle amenudo y saber que continúa sin novedad.

Preparados ya para no dejarnos sorprender por esa clase de albugo ó úlceras de la córnea, vino á consultarnos un enfermo objeto de la relacion que sigue.

### Observacion II.

Santiago Espada, vecino de Matanzas, de la raza negra, natural de Africa y de 60 años de edad, se presentó en la clínica de los ojos el 4 Diciembre de 1875. Nos refiere que hace 8 meses se le introdujo una astilla de madera en el ojo izquierdo, sin que hubiera evacuacion de sangre ni proceso flogístico, y que durante algunos dias se estuvo lavando con un liquido de aspecto lechoso, pues le interrogamos acerca del color; pasados algunos dias lo suspendió, quedándole desde entónces como únicos síntomos funcionales del citado ojo, el horror á la luz y lagrimeo.

Le aconsejamos la operacion, y admitida esta, la practicamos en union de nuestro compañero el Dr. Willis, sirviéndonos para el efecto del escarificador de Desmares, con el cual desprendimos en dos mitades la cubierta metálica, sintiendo no haberla sometido al análisis químico á fin de comprobar si era formada por el sulfato de cal, como pensamos. El ojo fué tratado como portador de una queratitis traumática, que quince dias despues habia desaparecido, persistiendo en el lugar donde existió la sustancia metálica, un ligero albugo.

Cuando el enfermo se presenta á consultarnos, existiendo aún algun síntoma de la afeccion que motivó el uso de la sal de plomo, que nos ocupa, el diagnóstico le formulamos facilmente; así nos ocurió con el caso que á continuacion referimos.

Observacion III.

Emilia Romero, de 13 años de edad, natural de la Habana é inscrita en el número 2555 del registro clínico, nos dice, que, hace pocos dias le habia caido un cohete encendido en el ojo, causándole mucho dolor; no recuerda si por órden de sus mayores ó por la de un facultativo se estuvo lavando con una disolution de extracto Saturno. Cuando vino á la clínica, advertimos una opacidad blanquecina en la cornea, inyeccion periquérática, fotofobia y lagrimeo. Nuestro diagnóstico fué en el de ulceracion de la córnea por quemadura y depósito de plomo aún movible en la superficie. Sometido á la operacion, como en los anteriores casos, se confirmó nuestro juicio. Un tratamiento apropiado puso fin en pocos dias á los síntomas flogístico consecutivos.

Fijándose en las observaciones anteriores, podrá comprenderse cuánto importa hacer un diagnóstico preciso en las afecciones de la córnea, ántes de decidirse á prescribir tal ó cual medicamento. Lo que hemos señalado en los preparados de plomo, podríamos del cirlo *mutatis mutandi* del nitrato de plata, del sulfato de cobre, del de zinc, pues con frecuencia vemos en afecciones inflamatorias de la córnea, ordenar dichos medicamentos, olvidando quizá que si las flegmasias de la conjuntiva pueden combatirse por el método abortivo, no ocurre lo mismo en las de la córnea.

## CAPITULO XIII

**Tratamiento de la oftalmia granulosa por la escision del fondo de saco conjuntival.**

---

Pocos son los puntos de oftalmologiá más discutidos y controvertidos que los que se refieren á las granulaciones palpebrales, á su diagnóstico, á su pronóstico y á su tratamiento. Antes de conocer á fondo el diagnóstico de las enfermedades de los ojos, nada es más fácil que creer descubrir este género de afeccion por todas partes; despues que los mismos errores delatan nuestra falta de experiencia al tomar por granulaciones las que no lo son, caemos en un peligro opuesto desconociéndolas cuando realmente existen. En necesario que la práctica haciendo desfilar en el espacio de algunos años delante de nuestros ojos un número respetable de granulosos, lleve á nuestro ánimo la conviccion de poder diagnosticar tan maligna enfermedad; es necesario que la detenida observacion de conjuntivas afectadas nos enseñe á determinar cuales son las verdaderas granulaciones y lo que es más, cuando debemos guardar una sabia reserva hasta que el curso mismo de la enfermedad nos permita formular un juicio decisivo.

Varias son las cuestiones que tratándose del diagnós-

tico pueden presentarse: una de las primeras se reduce á preguntarnos, si hay ó no granulaciones; en caso que respondiésemos afirmativamente, nos correspondia dilucidar si estas eran verdaderas ó falsas. Para responder á esta última tésis trataríamos de poner á contribucion nuestra memoria, recorcando la definicion que de las granulaciones nos han dado los autores, más como no la habíamos de encontrar perfecta, resulta que nuestra disyuntiva adolece por su base de elementos para sacar una conclusion. No seremos nosotros los que pretendamos dar una definicion de esta entitad patológica, cuyo conocimiento nos ha venido sin darnos cuenta de ello, viendo pasar ante nuestros ojos un número respetable de granulosos. Podemos sí asegurar que una vez poseidos del aspecto *sui géneris* de la conjuntiva portadora de granulaciones en sus diversos períodos, es difícil, por más que no sea imposible, un error de diagnóstico. Siendo nuestro propósito emitir ligeras consideraciones sobre la afeccion que nos ocupa, más bien que escribir un capítulo didáctico, sobre tan trascendental asunto, no nos detendremos en recomendar la importancia del método como medio seguro de rectificar lo que el exámen por la simple inspeccion proclame.

Como el pronóstico está terminantemente basado en el diagnóstico, como sigue á este del mismo modo que la sombra al cuerpo, de aquí que poco tenemos que decir del pronóstico de las granulaciones, sin entrar en apreciaciones que, ó las habríamos tocado ya en el diagnóstico, ó nos ocuparíamos de ellas en el tratamiento. Estudiaremos este con alguna más extension porque así nos

lo exige el carácter práctico de que queremos revestir estas líneas.

Pasemos por alto los tratamientos que pudieramos llamar no quirúrgicos, tales como los astringentes : el tanino, acetato y biacetato de plomo, sulfato de zinc, alumbre, etc., etc., los escaróticos : el nitrato depiata, el ácido crómico, el nitrato ácido de mercurio, el cloruro de zinc, la potasa cáustica y el cloruro de oro, etc etc.

Ocupémonos con alguna mayor detencion de los propiamente quirúrgicos, empezando por las *escarificaciones*, que pueden emplearse con fruto alguna vez, y pasemos á la escision de las granulaciones ya con el bisturí, ya con las tijeras : semejante proceder es perjudicial porque al hacer la escision de las eminencias granulosas se escinde al mismo tiempo la conjuntiva en un lugar donde tanto papel desempeña por ser la protectora de la córnea; escindida dicha membrana y quedando la sustancia dura del tarso en contacto del ojo, ocasionamos los mismos males que la afeccion granulosa por sí misma. En más prudente y más acertado combatir las granulaciones en la conjuntiva palpebral por medio de cauterizaciones moderadas que nos permitan conservar en cuanto nos sea posible la citada mucosa.

La abrasion del tarso recomendada por Cousserant, que consideraba la afeccion granulosa como vegetaciones de dicho cartilago, debe proscribirse igualmente; tiene los mismos inconvenientes que la escision, más la de ser en extremo dolorosa y expuesta á una inflamacion consecutiva de las partes adyacentes. Réstanos decir dos palabras sobre el tratamiento quirúrgico de las granulaciones

dadas á conocer por su autor en el último congreso oftalmológico de Lóndres; nos referimos á la escision del fondo de saco óculo-palpebral que el doctor Galezowski recomienda sobre todo cuando la afeccion ha tomado cierto grado de cronicidad.

En la secion celebrada el 4 de Diciembre último por la societad de cirujia de Paris, aparece un informe de Mr. Terrier sobre un trabajo de Mr. Galezowski que tiene por titulo el epígrafe de este articúlo.

Este punto de la cirujia cuya importancia se deja apreciar, por la sola enunciacion y por los debates á que ha dado lugar, tiene para nosotros el doble ínteres de haberlo seguido desde que el autor lo practicó por primera vez, de haberlo apoyado, con nuestras observaciones, y de haber sido con este motivo aludidos mas de una vez por los detractores del metodo en diferentes publicaciones nacionales y estrangeras.

Antes de emitir nuestra opinion acerca de la discusion habida en la sociedad de cirujia debemos repetir lo que en otra ocasion (1) nos vimos precisados á manifestar al Dr. Gastaldo que supuso gratuitamente que por el hecho de haber sido discípulo de Mr. Galezowski seriamos solidaríos de sus ideas y doctrinas; « nos honramos con haber sido sido dicipulos del eminente profesor Mr. Galezowski pero enemigos de rendir culto al *magister dixit*, nuestras ideas aunque pobres no son solidarias. »

(1) *Monografia acerca de la catarata y sus operaciones*, por el Dr. D. José Gastaldo, analisis por el Dr. J. Santos Fernandez.—*Crónica medico-quirúrgica de la Habana*, Marzo de 1876.

Hecha esta salvedad diremos que, el informe Mr. Terrier contiene en estracto las objeciones siguientes.

1. Que las consecuencias de esta operacion no son tan sencillas como el autor indica; puesto que el mismo confiesa, haber perdido dos ojos de resultas de su intervencion.

Esta objecion no tiene fundamento alguno puesto que se traba de 227 operaciones en individuos granulosos. ¿Habria algun profesor que pudiere aseguramos que 227 casos de esta enfermedad tratado por cualquier otro metodo no ocurriesen mas decepciones?

2. Que la escision de los fondos de saco pudiera determinar posteriormente una elevacion de los cartilagos tarsos ectropion ó entropion. Este temor solo se esplica desconociendo los detalles del procedimiento operatorio, y á proposito de ello repetiremos las mismas palabras (1) de que hícimos uso para combatir igual ataque en los « anales de Oculistíca. » « Las observacíones publicados por el Director del *Recueil d'Oftalmologie*, muchas de ellas recojidas por nosostros y que nos sirvieron para redactar un articulo que vió la luz publíca en Madríd; parecen haber probado su inocuidad. Hay operaciones que aunque sencillas, no es posible darse una idea de ellas si no las vemos practicar. En este número podiamos colocar la escision del fondo de seco oculo-palpebral. »

3. Que la escision de los fondos de saco no hace sino aumentar la tendencia á la retraccion que de suyo ofre-

(1) *Crónica oftalmologica de Cadiz*, nº 4, Julio 1875, pág. 61. — *Crónica Medico-Quirúrgica de la Habana*, tomo 1º, pág. 38.

cen las granulaciones : retracciones que se reproducen casi siempre por un engrosamiento y desviacion de los cartilagos tarsos. Al discutirse este punto Mr. Panas se pronuncia partidario del autor del informe pero en cambio una respetable autoridad Mr. Giraud-Teulon se espresó á continuacion en esta palabras. « Creo que Mr. Panas ha ido muy léjos admitiendo que la escisíon de la conjuntiva produzca forzozarmente una retraccion, estoy distante de negar la retraccion cicatricial de la conjuntiva, pero es ménos de temer que en las demas regiones del cuerpo. »

Es-tamos tan completamente de acuerdo con las ideas de este eminente práctico, que en 1875, escribimos (1) aproposito de este asunto, lo siguiénte. « No no proponemos ensalsar un recurso terapéutico que como tantos otros debuta gloriosamente para quedar despues en el mismo rango que sus predecesores, solo queremos vin dicarlo de las graves acusasiones que se le dirijen ; si no proporciona las ventajas que se le han atribuido, tampoco dá lugar á los males que se le imputan. En el momento de la operacion el cartilago tarso se pone totalmente á cubierto de todo daño. Las observaciones recojidas en los numerosos casos operados por el inventor, y las no escasas de nuestra práctica, nos han probado de una manera evidente que la pretendida retraccion del cartilago tarso no tiene ni puede teñer lugar. »

4. Que por la escision del fondo de saco solo se consigue la separacion de una parte de las granulaciones.

Justamente el autor no se ha propuesto otra cosa que

(1) *Loc. cit.*

atacar exclusivamente las granulaciones comprendida en el fondo de saco, por que no se pueden facilmente destruir con las cauterizaciones repetidas. Mr. Deprès creyendo aprobar el informe de Mr. Terrier, nos proporciona un argumento mas en defensa del procedimiento operatorio, objeto de la discusion : recuerda la analogia que existe entre las granulaciones de la conjuntiva y las de la vagina manifestando que cuando en esta region se han destruído por los cáusticos todas las granulaciones visibles las que quedam ocultas en los fondos de saco son el orijen de nuevas reproduciones. No basta que recomiende para las del fondo de saco oculo-parpebral la precaucion depasar el lapiz por estos puntos durante quince dias despues de la curacion aparente de la conjuntivitis. Preguntaríamos a Mr. Deprès de que medio se vale para penetrar con el lapiz en el fondo de saco oculo-parpebral.

5. Que el autor no espresa sí las cauterizaciones que han de seguir á la operacion, han de continuar por un tiempo determinado manifestando tan solo que la curacion puede hacerse esperar desde 3 meses hasta dos años.

Esta objecion tiene poquísimo valor pues se trata de una afeccion rebelde á todos los tratamientos conocidos que la mayor parte de ellos no alcazan los resultados favorables que la operacion.

Si el autor se expresa en tales términos es una garantia de su buena fé y de que no pretende con su descubrimiento haber resuelto de un modo definitivo este difícil problema.

6. Que desde 1870 á 1874 operó el Dr. Galezowski

200 enfermos que desde 1874 à 1878 solo aiumentó su estadistica en 27 hecho estraño que no esplica el autor del informe.

Prescindiendo de la manera intencionada conque se presenta la objecion pasaremos á esplícar un hecho que no encontramos tan extraño. Es necesario tener presente que la operacion es bastante dolorosa y que los enfermos no se someten á ninguna cruenta operacion sino á condicion de obtener como resultado inmediato, el término de sus padecimientos.

En los primeros ensayos no era posible que el autor les precisase el tiempo que podria hacerse esperar la curacion. Pasados 4 años y despues de repetidas observaciones adquirió el convencimiento de que era necesario emplear las cauterizaciones por lo ménos durante algunos meses, y asi presentada la cuestion á los enfermos no es estraño que fuesen pocos los que se prestasen á ser operados y serian sin duda los mas graves y desesperados, lo que esplica tambien el mayor número de casos desfavorables proporcionalmente.

A estas se reducen las principales objeciones que aparecen en el mencionado informe; de la discusion resulta que Mr. Deprès no se atreve á aconsejar la operacion, no solo por lo espuesto por su colega, sino porque siendo las observaciones defecha reciente duda de la persistencia de la curacion.

Si para aconsejar útil un tratamiento se exijiese al que lo recomienda la vijilancia indefinida de todos los que á él se han sometido es bien seguro que no habria ninguno recomendable. Esta dificultad que á todos occurre dia-

riamente nos impide asegurar de un modo terminante que el tratamiento sea decisivo, pero sí podemos asegurar que en ninguno de nuestros operados se han presentado como accidente inmediato los males de que se acusa el procedimiento; en muchos que hemos podido observar, por espacio de un año próximamente si no han curado puede asegurarse que no empeoraron, en los tres siguientes que hemos tenido ocasion de ver con frecuencia, despues de 4 años de operados, se encuentran bien hasta el punto de considerarse ellos mismos curados, por más que no participemos de su creencia pues estamos convencidos de que una afeccion granulosa padecida durante algunos años recifdiva siempre más tarde ó mas temprano.

### Observacion I.

D. José Rodriguez y Gonzalez, de 32 años de edad, natural de Asturias, y residente en Cuba desde 1859, se presentó en nuestra clinica en los primeros dias de marzo del coriente año. De buena constitucion, no ha padecido mas enfermedad que la de los ojos, que le obliga á consultar. De ambos padece desde hace muchos años, una afeccion que contrajo en China. Atravesando épocas de más ó ménos alivio, ha consultado á diferentes facultativos de la Peninsula, viendose obligado hoy á abandonar su colocacion para someterse á un tratamiento. Examinandole encontramos al invertir los parpados, que la conjuntiva habia desaparecido, dejandose ver lo blanco de la cara inferior del cartílago tarso en toda su extencion. Ambas corneas presentaban opacidades parciales y alguna vazcularizacion periférica muy especialmente en la parte inferior; la del ojo derecho se hallaba en mejor estado que la del izquierdo, donde existia opacidad de la capsu-la del cristalino, y las sinequias que descubriera la atropina, eran más numerosas y resistentes. Como los accesos de inflamacion se repetian amenudo á pesar de

nuestro tratamiento suave y de contemporizacion, resolvimos atacar las granulaciones, al parecer único sosten del mal en el sitio donde se hallaban escondidas al abrígo de los causticos solidos y liquidos. La escision del fondo de saco ócupo-palpebral era el unico medio de llegar á ellas; la practicamos el 25 de Marzo de 1875, en presencia de los profesores de esta ciudad doctores Plasencia, Garcia, y Bango, quienes en union de los doctores Reinés, Albertini, Saez, Oxamendi y otros más pudieron ver un mes despues, cuando determiné operar el otro ojo, que el parpado ni su cartílago habian sufrido la menor retraccion pudiendose invertir con mayor facilidad que ántes.

*Julio* 8 *de* 1878. En esta fecha volvemos á verle llega de Barcelona, donde fué examinado por el Dr. Osio, al que se lo recomendé por si se presentaba alguna recidiva. Las corneas ofrecen ligeras opacidades y en el iris se advierten algunas sinequias posteriores; volviendo los parpados, lo cual hicimos con facilidad, por no presentar nada que hiciere temer el ectropion, encontramos la superficie interna, en la region del tarso particularmente, de un color blanco semejante al que se observa en los individuos curados de granulaciones, por las simples cauterizaciones. Desde entonces no hemos vuelto à verlo, si bien no perdemos la esperanza de seguir la observacion, pues se trata de un marino que con frecuencia visita este puerto y le hemos recomendado efizcamente que aun cuando este bien, vuelva á la consulta siempre que tenga ocasion.

Las observaciones que siguen han sido redatados por nuestro amigo el Dr. Arias Gago, médico del Ejército.

### Observacion II.

Julian Garro y Zavala, natural de la provincia de Segovia de 16 años de edad y dos de residencia en la Habana; obrero del Arsenal, se presentó en la consulta del Dr. D. J. Santos Fernandez, el dia 11 de Marzo de 1875 y fué inscrito en el número 1333 del registro clinico en el que constan los siguientes datos.

Refiere hace dos años empezó ápadecer del ojo derecho, el cual ofrecia un leucoma total adherente, y al tacto la falta de tension propia de la atrofia incipiente, la que por otra parte

podia sospecharse á simple vista; siendo orígen de sufrimientos contínuos; en vista de lo cual el Dr. Santos se decidió desde luego por la enucleacion del ojo.

Invertidos los párpados aparecieron las conjuntivas, cubiertas de granulaciones, numerosas y bien caracterizadas.

En el ojo izquierdo afectado con alguna posterioridad se encontraban granulaciones con el mismo aspecto é igual abundancia que en el derecho; la córnea portaba un panus vascular; bastante intenso, tanto que exijia que el enfermo fuese conducido por otra persona. Emprendiéndose el tratamiento con las cauterizaciones, la atropina y sanguiguelas á la sien; trascumidos dos meses y como no hubiese notable mejoria se le propuso la operacion verificándose la escision del fondo de saco, en 25 de Mayo siguiente; hubo tumefaccion de los párpados, que impidió el entre-abrirlos durante dos dias sin quesse prenet ase retraccion de las conjuntivas ni ninguna de las complicaciones que señalan los detractores del método.

Se continuó en el uso de los cáusticos, todos el resto del año. Al cabo de este tiempo la córnea habia ganado en trasparencia tan notablemente que el enfermo volvió á sus ocupaciones aconsejándole que no abandonase el uso del acétato deplomo en polvo que se le habia recetado.

15 *de Setiembre de* 1878. Vuelve á la consulta con objeto de procurarse un ojo artificial, haciéndonos saber que se encuentra perfectamente del izquierdo y que continuaba usando el acetato de plomo de tiempo en tiempo. En la córnea existe un pequeño albugo. La conjuntiva palpebral presenta el aspecto de las que han padecido granulaciones.

No hemos vuelto á verle desde esta fha suponiendo que signe bien puesto que no se ha presentado.

### Observacion III.

Ramon Rodriguez, marino mercante, natural de Lugo de 35 años de edad y 8 de residencia en Cuba. Ingreso en la clinica en el mes de Marzo de 1875.

De elevada talla, temperamento linfatico y constitucion robusta; aquejaba una querato-conjunctivitis de ambos ojos con

úlcera central de la córnea derecha y flictena de la conjuntiva bulbar del izquierdo.

Vueltos los párpados se comprobó la existencia de numerosas granulaciones.

Molestado principalmente y de un modo continuo por dolores intensos, producidos por la úlcera de la cornea, hubo nesecidad de dirijir el tratamiento contra este sintoma, á cuyo fin se emplearon los antiflojisticos y calmantes, locales y generales por espacio de dos meses próximamente.

Habiendo cesado el dolor y encontrandose en todo su apogeo las granulaciones, resolvió el Dr. Santos practicar la escision de los fondos de saco, oculo-parpebrales, cuya operacion tuvo lugar el 28 de Abril del mismo año, sin que se observasen otros sintomas que la tumefaccion de los párpados, equímosis de la superficie interna de estos y abundante secresion sero-mucosa que terminó á los dos ó tres dias: á los cinco de operado, como hubiesen cedido todos estos fenómenos se dió principio á las cauterizaciones con el sulfato de cobre, con cuyo tratamiento continuó el resto del año, dejando la clínica en buen estado, quedandole tan solo como recuerdo de su mal, un lijero albugo central, que perjudicaba algun tanto, la vision.

*Julio* 29 *de* 1877. Preséntase en la clínica con el único objeto de saludarnos á la llegada de uno de sus viajes y como no aquejaba molestia alguna, no se nos ocurrió volver los párpados para enterarnos del estado de las conjuntivas, donde á lo más pudiera sospechar se el germen de la enfermedad, puesto que carecia de toda manifestacion.

*Noviembre* 15 *de* 1878. Aparece de nuevo en la consulta con una ulceracion central y estensa de la córnea derecha, que como anteriormente le producia grandes sufrimientos; vueltos los párpados, aparecen algunas granulaciones; como la vez primera, se dirijió el tratamiento contra la ulceracion, práctica constante en esta clinica. Dominados los sintomas flojisticos de la ulceracion se emprendió el tratamiento de las granulaciones, por medio de los causticos. A los pocos dias encontrándose el enfermo muy mejorado no volvió á la consulta.

Daremos fin á estas lineas con el párrafo último de nuestros escritos citados. « Terminaremos afirmando lo que saben hoy

perfectamente, los prácticos en oftalmologia; para combatir las granulaciones sobre todo cuando han tomado un caracter crónico, es necesario usar un tratamiento contemporizador; es cosa sabida que más ciegos dejan los tratamientos violentos, que las granulaciones abandonadas así mismas. No pretendemos haber encontrado un medio eficaz de combatir esta enfermedad, en la escision del fondo de saco ocupo-palpebral, pero sí la consideraremos como verdadero auxiliar de un tratamiento contemporizador y exenta de la perniciosidad que apasionadamente se le ha querido atribuir. »

## CAPITULO XIV

### Un caso de enfisema de los párpados.

El enfisema de los párpados es el resultado de la penetracion del aire en el tegido de aquellos.

Puede limitarse á esta parte del aparato de la vision ó tambien estenderse al tegido subconjuntival ó á la misma órbita.

Alguna vez se presenta en el curso de un enfisema general (1). En los demas casos, ya sea más ó ménos estenso, es debido siempre, segun la opinion general de los autores y segun es lógico suponer, á la comunicacion de las vias respiratorias con el tegido celular de que se hallan provísto los párpados.

Meniére, Dupuytren, Paillard y Marx, refieren hechos de enfisemas de los parpados consecutivos á fracturas de la órbita, comunicando con las fosas nazales, y Tollin (2) ha observado un caso de esta clase dependiente de una herida de la region naso-labial con desprendimiento de los tegumentos dellado derecho de la nariz.

Esta afeccion puede presentarse tambien sin que haya precedido causa traumática á consecuencia de un estor-

(1) *Compendium de chirurgie*, t. III, p. 100.
(2) P. 463.

nudo ó al sonarse la nariz; Wecker, Carre, Middlemore y Makenzie, citan casos de esta especie y unos la atribuyen á la rotura de alguno de los conductos lagrimales, debida á una fuerte espiracion, mientras que otros lo refieren al rompimiento de la membrana de Schneider, al nivel de la porcion de la pared esterna de las fosas nasales, correspondiente á la interna de la orbita, que aunque ósea es debil y cede facilmente, más aun si de antemano estuviese alterada.

El caso que motiva estas lineas parece comprendido en esta última clase por mas que no pudimos esclarecer su etiologia, y si se tratase de otra enfermedad ménos sujeta á una esplicacion puramente fisica, nos veriamos en el caso de denominarlo enfisema *espontáneo* de los párpados.

El diagnóstico es siempre fácil segun el comun sentir de los autores: pudiera confundirse á primera vista con el edema, del cual á toda luces dista bastante; la tumefaccion poco circunscrita y sin cambio de coloracion en la piel la sensacion de crepitacion, cuando se le comprime bajo el dedo, aunque no es siempre ostensible, son los síntomas que se advierten independientemente del traumatismo, cuando existe; cuando hay facil comunicacion entre el tegido celular y las vias respiratorias, entónces no hay más que hacer que el enfermo se suene la nariz, para que se vea aumentar la tumefaccion de los párpados.

En ocasiones estas tumefacciones suelen formarse al rededor de la cornea, lo que han llamado los autores *quémosis gaseoso*.

### Observacion XX.

Dn. E. H. S. natural de Inglaterra, de 25 años de edad y 1 de residencia en esta Isla, consagrado al comercio y de un temperamento al parecer sanguineo linfático, vino á nuestra consulta el 16 de Octubre de 1878 y fué inscrito en el nº 662 2 del registro clinico.

No hay antecedentes especificos y como venereos el haber padecido hace 4 años una blenorragia; su salud por lo demas há sido siempre buena. En la mañana del dia citado se levantó temprano como de costumbre para dedicarse á sus ocupaciones y sin que nada le molestase, pero como una hora despues, advirtió que tenia hinchados los prápados del ojo izquierdo, tanto que no le permitian abrir el ojo. Creyendo que seria un fenómeno pasajero, se dirijió á su escritorio donde estuvo, hasta la hora de almorzar, más viendo que persistia la hinchazon, se alarmó y vino á consultarnos.

Asegura no haber recibido ningun golpe en el ojo, en las regiones vecinas á el, ni en otra parte del cuerpo; no padece catarro de ninguna especie, no ha tenido tos ní recuerda haber estornudado aquella mañana ni el día anterior. Ignora, dice, la causa de la hinchazon de sus parpados y reclama pronta cura para consagrarse á sus tareas.

Cuando le vinos presentaba ambos párpados tumefactos y mucho más el superior; cedian á la presion con los dedos sín dejar huella como sucede en el edema. No habia cambio de coloracion en la piel y la crepitacion era imperceptible.

Entreabiestos los parpados, aunque con dificultad, el globo ocular no ofrecia otra variacion que una ligerisima coloracion en la conjuntiva bulbar.

Le ordenamos unturas de colodion elástico por medio de un pincel en la superficie esterna de los parpados y la aplicacion de un vendaje compresivo, monocular conservado el mayor tiempo posible.

Al dia siguiente el enfisema habia disminuido considerablemente, insistimos en el mismo tratamiento y dos dias despues habia desapraecido por completo.

La pronta desaparicion del mal en este caso nos demuestra que mientras la causa no es de entidad, la curacion es rápida y que nuestro mayor interes debe dirigirre á esclarecer la etiologia á fin de formular airosamente el prónostico de la enfermedad.

## CAPITULO XV

### Canicie de las cejas y de las pestañas.

---

Los cabellos, dice Bouchut, blanquean lentamente con la edad ó de una manera súbita bajo la influencia del miedo ó de un profundo pesar. Cambian de color y pasan de castaño ó negro á rojo en las enfermedades crónicas y muy especialmente en la tísis tuberculosa. Toman un tinte verde en los obreros que funden y trabajan el cobre y lo toman igualmente rojo en los que fabrican el minio.

Este cambio de coloracion observado en los cabellos puede verificarse tambien en las cejas y en las pestañas aisladamente y sin que se note alteracion alguna en aquellas. La canicie ó blancura de las pestañas segun Deval, es comunmente efecto de la vejez. Puede ser congénita y limitarse á una parte ó estenderse á todas ellas. Hace mencion el mismo autor de una señora que frecuentaba su clínica y presentaba un tinte pálido sobre la mitad superior de la megilla derecha estendiéndose á la parte media de ámbos párpados y á la porcion adyacente de la region frontal. Las pestañas y el segmento de las cejas

que interesaba esta decoloracion tenia un color blanco gris, en tanto que el resto de esta era negro. La circunstancia de que aplicada longitudinalmente su mano derecha cubria por completo la deformacion, parecia esplicarle su orígen. Refiere que paseándose á la orilla del canal de San Martin durante la revolucion de 1848, un individuo armado se acercó á ella y la amenazó con arrojarla al agua. La señora exclamó horrorizada: soy perdida! y se aplicó la mano tal como hemos indicado; al dia siguiente se advirtió la decoloracion que nos ocupa, y aunque Deval pone en duda la autenticidad del hecho, asegura que dos personas la acompañaban atestiguan la veracidad del suceso. El mismo autor cita el caso apuntado por Desmarres de una señora que en el sesto mes de la gestacion y habiendo sufrido una fuerte emocion por la inesperada caida de uno de sus niños le blanquearon instantáneamente las pestañas del lado derecho; abortó á los siete dias.

Desmarres refiere haber visto un soldado que desde su infancia tenia la mitad esterna de la ceja derecha de color blanco, en tanto que lo restante de ella era perfectamente negro. El mismo hecho lo observó en una jóven.

Vemos pues en los hechos citados un punto etiológico mencionado siempre que se han ocupado los autores de la canicie prematura ó rápida: las impresiones amorles bruscas ó el miedo.

El caso que nos ocupa, si hemos de dar crédito á la relacion del enfermo, se refiere á la canicie de la ceja y de las pestañas de un lado á consecuencia de un golpe recibido con una piedra en la region superciliar.

OBSERVACION.

D. Gregorio Gonzalez, natural de Jesus del Monte, de 19 años de edad, inscrito en el número 5974, vino á la consulta de enfermedades de los ojos del Dr. J. Santos Fernandez el dia 9 de Julio de 1878. Hace próximamente mes y medio recibió un golpe en la ceja derecha con un fragmento desprendido de un canto que labraba. Acto contínuo se aplicó compresas de agua y árnica y ni tuvo dolores ni la vision sufrió perturbacion alguna. Seis ó sieie dias despues notó que las pestañas primero y la ceja despues cambiaban de color, y alarmado con este fenómeno se dirigió á la consulta. A la simple inspeccion se vé que el tercio externo de la ceja derecha ofrece un cambio de coloracion tal de los pelos de dicha region que de negros como el resto de ella se han vuelto blancos enteramente, las pestañas de ambos párpados derechos tambien son blancas en toda su mitad externa. Sobre el párpado superior correspondiente, entre su borde libre y la ceja se ven tres manchas pequeñas de color blanco lívido (vitîligo) sin que haya otro cambio del tegumento que el color. En el enfermo no figuran antecedentes diatésicos de ningun género y su aspecto juvenil y saludable parece revelar una buena constitucion.

Esta rápida decoloracion du las cejas y pestañas en un individuo jóven y despues de haber recibido un golpe que fué tratado por lociones de árnica, podia despertar la idea de que fuera debida bien á la accion de esta ó á la impresion moral que aquel hubiese podido producir en el ánimo del paciente. Este nos confiesa no haber recibido ningun susto por ser esta clase de lesiones cosa comun en su oficio, y en cuanto á la accion del árnica podemos asegurar, fundados en esperiencias practicadas por nosotros, su completa inocuidad sobre la coloracion de los tegumentos y pelos.

## CAPITULO XVI

### Quistes de la cavidad orbitaria.

OBSERVACIONES CLINICAS.

---

De todas las cavidades del cuerpo humano las óseas son las mas difíciles de explorar; las dificultades son mayores, si están simétricamente cerradas, y hé aquí porque el diagnóstico de las afecciones cerebrales es tan dudoso.

La cavidad orbitaria, ósea en casi su totalidad, ofrece análogos obstáculos. Solo la auscultacion puede en determinadas circunstancias esplicarnos la causa de la exoftalmia antes que el orbitocele se haga asequible al tacto ó la puncion.

Ocurre, sin embargo, que aún cuando nos sea dable determinar la presencia del tumor por medio del tacto, la puncion no nos ilustra suficientemente. Entónces allana las dificultades el estudio clínico de hechos aislados.

Impulsados por esta conviccion, nos atrevemos á historiar lo que á continuacion expondremos:

#### Observacion I.

**Vicenta Sanchez, natural de Arenas de San Pedro (provincia de Toledo) y de 64 años de edad, se presentó á nuestra consulta**

de enfermedades de los ojos el dia 20 de Mayo de 1874. De buena constitucion, aunque enjuta de carnes, nos refiere que, desde la edad de 3 años le notaron sus allegados que el ojo derecho parecia salirse de la órbita sin ocasionarle molestia alguna; que de los 18 á 20 años estuvo en Madrid, habiéndola reconocido el Dr. X., profesor clínico entonces, el cual, segun ella esplica, indicó la existencia de un tumor, pero no creyó oportuna la extraccion porque no podria tener lugar sin herir algunos de los músculos motores del ojo.

Cuando la examinamos, presentaba la escavacion orbitaria muy pronunciada en ambos ojos, debido á la escasez de tejido adiposo, que trae consigo la edad en ciertos temperamentos. El globo del ojo ocupaba la situacion normal en el ojo izquierdo, en el derecho se presentaba saliente hácia delante y arriba en la extension de un centímetro, es decir, habia exoftalmia y extrabismo externo superior; la vision imperfecta hasta el punto de no distinguir escasamente la fisonomía de una persona; el oftalmoscopio nos revelo la atrofia incipiente del nervio óptico, mostrando la ausencia de toda lesion en las membranas internas del ojo. En frente de una deformidad percibida desde la edad de 3 años, debiamos alejar toda idea de tumor vascular, viniendo á confirmar nuestro aserto la ausencia del ruido de soplo que el acompaña. Explorando la cavidad orbitaria con la estremidad del índice lo mas profundamente posible, advertimos la presencia de un cuerpo redondo, no immóvil y al parecer no compacto en su consistencia; en una palabra, apesar del estrecho campo que ofrecia la exploracion, diagnosticamos un quiste, inclinándonos tan instintivamente á este diagnóstico, que pasamos desapercibidos hacer la puncion, y decidimos desde luego operarle.

El tumor se hallaba situado en la parte inferior de la cavidad orbitaria debajo y algo hácia dentro del globo ocular que, como hemos indicado, se encontraba empujando hácia fuera y arriba; de dos maneras podia practicarse la extraccion, penetrando por el fondo de saco de la conjuntiva oculo-palpebral inferior ó haciendo la incision en la base del párpado correspondiente; preferimos lo segundo y despues de anestesiada la enferma por los Dres. Izquierdo y Paz, la hicimos en la extension de tres centí-

metros, sirviéndonos de guia el borde orbitario inferior; penetramos despues con unas tijeras de las de extrabismo para aislar el tumor que reconocimos ser un quiste del tamaño de un huevo de paloma é implantado en el tercio medio de la pared inferior de la órbita. Era nuestra intencion extraerlo íntegro, pero en las tentativas de aislamiento, debido á la intranquilidad de la enferma, hubimos de incidirlo dando salida á un líquido espeso, sucio y grumoso; le aprisionamos entonces con la spinzas y separamos un gran segmento del hemisferio anterior á fin de que no se reprodujese, como aconteció con uno de la misma naturaleza que extrajimos de la region superciliar y el cual habia sido ya operado por simple incision. Dimos dos ó tres puntos á la incision y colocamos un lechino á fin de que tuviera fácil salida la supuracion consiguiente; mes y medio despues ésta habia cesado y la incision habia cicatrizado, el ojo se habia colocado al nivel de su atlátere, persistia el extrabismo, si bien menos pronunciado, y aunque el espacio de tiempo transcurrido era corto para modificarse una afeccion del nervio, la enferma creia ver mas distintamente los objetos.

Si nos detenemos á comentar la observacion espuesta, empezaremos por fijarnos en que un tumor percibido á los 3 años y que ha permanecido hasta los 64 sin trastornos funcionales, guardando relacion con el tiempo transcurrido, debió ser indudablemente congenital y se hizo estacionario en su desarrollo desde los primeros años; si esto último no hubiera ocurrido, el exorbitismo se hubiese acentuado cada vez mas, el nervio óptico se hubiera atrofiado totalmente por la distension sufrida y el ojo al fin se inflamaría, terminando por la atrofia. Operado el tumor tan pronto como se hizo diagnosticable se hubiera evitado la distension del nervio, la ambliopia que le siguió y el estrabismo. Si despues de incindir los tegumentos seguimos profundizando con las

tijeras paralelamente al músculo hasta encontrarlo y desviarlo, el temor de dividirlo era infundado; mas aún, si se le dividia durante la operacion, el extrabismo persistiria; pero la exoftalmia, que tanto comprometia la vision y la vida del ojo, desapareceria.

### Observacion II.

La morena Concepcion Morales de 50 años de edad, próximamente, y natural de Africa, vino á la clínica de enfermedades de los ojos del Dr. J. Santos Fernandez el dia 3 de Setiembre de 1875, siendo inscrita en el número 1955. — La enferma no nos proporciona mas antecedentes, que haber padecido dolores en el ojo derecho hace un año, poco mas ó menos. A la simple inspeccion, se nota aumentada de volúmen la région del saco y mucho mas la comprendida un centímetro mas arriba de ésta, presentando el aspecto de un tumor lagrimal. Se queja de dolores en el sitio que nos ocupa algumas veces y siempre que se le comprime. Esperimenta cierto estorbo en la respiracion nasal del lado izquierdo. El ojo izquierdo se encontraba desviado espontáneamente hácia fuera y afectado de exoftalmia esterna y superior. La conjuntiva bulbar inyectada, la pupila deformada por un caloboma superior no se contraia á la accion de la luz y la agudeza visual era escasa, pues solo distinguia los dedos de la mano. Los medios transparentes estaban opacos, no nos era posible el exámen oftalmoscópico. El Dr. Walling que tuvo la amabilidad de acompañar la paciente, nos refiere que habia sido operada de iridectomia por glaucoma en el ojo derecho hace cuatro meses, y que la practicaran en la region inflamada una puncion exploratriz con el trocar de Recamier, habiéndole extraido un líquido espeso y turbio. La idea, bastante racional, de que fuese un tumor lagrimal con inflamacion de las regiones vecinas, quedó disipada, porque haciendo una inyeccion en el punto lagrimal correspondiente, el agua pasó fácilmente á la garganta. Se trataba, pues, de un tumor de la cavidad orbitaria y solo faltaba precisar su naturaleza. La exploracion con el pulpejo del dodo índice nos dejaba una sensacion igual á la que

percibiéramos si á través de un lienzo espeso reconociésemos por el trato la presencia del vértice de un huevo de paloma ó algo mayor, pero sin la dureza de éste. Ayudados primero por el tacto y despues por el trocar no dudamos en diagnosticar un quiste de la órbita y aconsejar la operacion como unico recurso de evitar los sufrimientos iniciados y de corregir la exoftalmia, ya que no fuese posible devolverle la vision casi por completo abolida. Dispuerta la operacion y anestesiada convenientamente la enferma por los Dres. D. Felipe Rodriguez y D. A. Valdespino, dimos principio á ella practicando una incision crucial à la cual sirve de centro el punto de introduccion del trocar; disecados los colgajos pronto pudo apreciar el dedo la fluctuacion grosera del quiste, del mismo modo que en el caso anterior tratamos de aislarlo, pero sus muchas adherencias y su tamaño nos inclinó á seccionarlo simplemente extrayendo tambien una parte de él. El contenido de igual consistencia y con el mismo aspecto que el descrito, diferia solamente por su color oscuro debido sin duda á la abundancia de pigmentum en la raza negra. Extrayendo de la cavidad formada, por medio de una geringuilla, la sangre vertida en ella y que no habia salido por la nariz, roto el hueso plano del etmoides, pudimos apreciar que el quiste tenia las dimensiones de un huevo de gallina y que estaba adherido casi por mitad á los dos tercios posteriores de la pared interna de la órbita. Con tales dimensiones y tal situacion nos damos cuenta de las molestias que esperimentase en lo que se refiere á la cavidad nasal del lado izquierdo. Por tres puntos de satura reunimos nuevamente los bordes de las incisiones practicadas, no sin dejar espacio suficiente para la colocacion de un lechino. Las incisiones cicatrizaron por primera intencion, quedando una fistula por la cual hicimos inyecciones de tintura de iodo, de ácido fénico, etc., etc., hasta que el estilete nos fué mostrando la disminucion de la cavidad, desapareciendo esta á los dos meses y guardando el ojo las leyes de la estática ocular.

Debemos consignar que, la reaccion inflamatoria indispensable al traumatismo de la operacion debió propagarse al canal nasal, el cual quedó obstruido para dar lugar á un tumor lagrimal que, como indicamos, no existia anteriormente y exigiria sin duda la destruccion del saco en época no lejana.

En efecto el tumor lagrimal persistió hasta el año siguiente en que víno á la Clínica con gran inflamacion del saco, edema de los párpados y region circunvecina. Hecha la puncion dió salida á una gran cantídad de pus que venia de las partes profundas. El tratamiento consecutivo de iny eccienes íodadas y lechinos fue modificando la supuracion que desapareció dos meses despues quedan-do solo una cicatriz en la region del saco.

### Observation III.

Bonifacio Drake, de 45 años de edad, de la raza negra, nacido en Cuba, segun él, pero con todos los atributos de un africano, ingresó en la clínica el dia 7 de Enero de 1875. De la relacion que nos hace se deduce, que habrá dos años tuvo inflamado el ojo izquierdo, pero que de un año á la fecha empezó á sentir dolores periorbitarios, notando un pequeño bulto en el ángulo interno; pronto creció en volúmen hasta convertirse en un tumor que aumentó cada dia y arrojó el ojo fuera de la cavidad. Hé aquí el cuadro de síntomas que ofreció á nuestro estudio: exoftalmia pronunciada con inclinacion del ojo hácia abajo y afuera, distension del párpado superior que le cubre y parálisis probable del elevador por compresion tambien probable del motor ocular comun, ligero ectropion del párpado interno, conjuntiva inyectada con equimosis en el hemisferio inferior, al tacto se advierte entre el borde orbicular superior y el globo del ojo un espacio de tres centrímetros en el cual se percibe un tumor que parece movible, que cede á la presion y cuya fluctuacion es en estremo escasa. El oftalmoscopio nos mostró la atrofia nacarada de la papila en concordancia con la falta de percepcion luminosa. Diagnosticado el tumor de un quiste de la óbita, y sin que recordemos ahora, si hicimos ó nó prévia puncion con el trocar, resolvimos operarlo:

Cloroformizado el enfermo por los Dres. Nuñez de Villavicencio y San Roman, dimos principio á la operacion en presencia del Dr. Soyre, de N.-Y., y otros comprofesores de la manera que sigue.

Sirviéndonos de guia el reborde orbitario superior, practicamos una incision trasversal de cuatro centímetros de longitud para profundizar y aislar el tumor del modo que hemos indicado en los casos que llevamos descritos. Convencidos de que las dimensiones del quiste no permitian extraerlo íntegro, resolvimos hacerlo en parte, y para el efecto atravesamos una gran porcion con un hilo grueso, pues las pinzas no le aprisionaban tan fácilmente debido al espesor de las paredes. El contenido fué idéntico al de la observacion segunda, y la cavidad resultante mucho mayor. Con igual tratamiento consecutivo, logramos que el ojo fuese volviendo á la cavidad orbitaria, de donde habia sido desalojado, dando de alta al enfermo á los dos meses de haber sufrido la operacion.

Una observacion idéntica á la que acabamos de transcribir, vió la luz pública en el número 27 de la *Gazette des Hôpitaux*, correspondiente al mes de Marzo de 1875. Nos permitirémos exponerla á continuacion.

### Observacion IV.

Catalina C., de 30 años de edad, casada, y con cuatro hijos, entró en la Clínica Quirúrgica del Hotel Dieu de Lyon, á cargo del Dr. Valette, el dia 14 de Enero de 1873. No ha padecido mas enfermedad que la actual, cuyo principio data de doce años; lo primero que advirtió fué un tumor en el ángulo interno del ojo derecho. Los dos primeros años permaneció igual, pero en los restantes triplicó su volúmen. Indolente al empezar, dió mas tarde lugar á dolores, si bien soportables. Gradualmente fué arrojando el ojo de la cavidad hasta producir un exorbitismo bastante notable. El globo del ojo se conservó intacto y la vision bastante buena. El cambio de direccion de los ejes ópticos dió lugar á la *diplopia*.

Hé aquí caractéres del tumor que, esplorable en parte solamente, ha dado lugar á la exoftalmia. Los tegumentos que la recubren están sanos y se deslizan sobre él fácilmente. El tumor es blando y manifestamente fluctuante. Hácia dentro está limitado por la nariz, hácia abajo por el globo ocular y arriba por la arcada orbitaria que parece empujada hácia arriba y afuera. Es completamente irreducible. La auscultacion responde nega-

tivamente. El párpado superior caido, puede cubrir el globo ocular que ejecuta movimientos aunque limitados.

El diámetro vertical del tumor incluso el ojo es de siete y medio centímetros, el trasversal de seis y medio.

La fluctuacion es evidente, y por lo tanto puede asegurarse que el tumor está constituido por un líquido; será este sangre, pus ó cualquiera de los diferentes líquidos que se encuentran en los quistes?

No es sangre, porque el tumor no es pulsátil, ni ha sido originado por un golpe. No es tampoco un abceso, porque un abceso no tarda tanto tiempo en desenvolverse y ya hubiera buscado salida al exterior. Se trata, pues, de un quiste, y el tratamiento quirúrgico es el solo que debemos poner en práctica si no queremos esponernos á complicaciones sérias.

Dispuesta la operacion, la enferma fué anestesiada el 20 de Enero de 1873, y para ponernos á cubierto de todo error, se la hizo una puncion con un pequeño trocar. El liquido obtenido era blanco y espeso, como se esperaba. La operacion tuvo por objeto abrir ámpliamente el quiste. Para ello se hizo una incision en los tegumentos sobre toda la extension del diámetro trasversal del tumor en su parte media y á un centímetro debajo de las cejas. Se disecó la piel tan lejos como fué posible, poniendo al descubierto toda la pared anterior del quiste. Se estirpó con las tijeras toda esta pared dando salida á cerca de un vaso de un líquido mucoso, blanco y muy espeso.

El dedo no era suficientemente largo para poder explorar todas sus paredes. Se encontraron algunas laminillas óseas muy delgadas; algunas enteramente libres y otras unidas aún al frontal formando en el interior puntas finas y agudas; el dedo pudo penetrar libremente en la parte superior de la fosa nasal. Apesar de todo lo descrito, asombran las dimensiones de esta bolsa. Parece que podria alojar en ella mi puño si la abertura de entrada fuese bastante grande para que pudiera penetrar libremente.

Por toda curacion, despues de haber lavado la cavidad, se rellenó de hilas, que se tuvo la precaucion de atra con un hilo para poderlas retirar con facilidad.

Durante la operacion, hubo que ligar tres ó cuatro arterias,

ramas de la suborbitaria. El pulso á 103. Temperatura axilar 38 grados.

Curacion dos veces al dia. Cada vez se lavó la cavidad con agua templada. La supuracion se estableció rápidamente y es abundante.

A los dos meses la herida exterior habia disminuido considerablemente, el ojo habia vuelto á su cavidad, la diplopia desapareció, pero la cavidad no ha desaparecido aún. Ensayé hacer inyecciones medicamentosas con la tintura de iodo dilatada en 5 ó 6 veces su peso en agua, mas tarde con el licor de Villate, tambien dilatado, áun cuando con muchas dificultades por parte de la enferma. En los primeros dias de Abril la enferma desea volver á su casa: su estado ha mejorado mucho, pero está lejos de quedar curada.

Ocho meses mas tarde, el 15 de Noviembre de 1873, Catalina C. vuelve al hospital. Durante su larga ausencia no ha seguido ningun tratamiento. Se ha circunscrito á llevar un velito sobre el ojo, pero no ha tomado ninguna otra precaucion. Apesar de las recomendaciones que se le hicieron, no habia practicado ninguna inyeccion en la cavidad.

El 23 de Noviembre de 1873, la enferma fué objeto de una nueva operacion.

Anestesiada cual convenia, se empezó por dilatar el trayecto fistuloso lo suficiente para poder explorar la cavidad con el dedo, esta se encuentra cubierta de mamelones carnosos y aquel se introduce mas fácilmente por el lado de la nariz, percibiendo en este punto un fondo de saco bastante profundo. Introducido un trocar curvo por la nariz, se le hace salir por el orificio orbitario, consiguiendo de este modo libre salida al pus por el punto mas declive. Para que no se cierre se le colocó un tubo de *drenage*. Esta pequeña operacion dió lugar á una reaccion bastante fuerte que amenazó invadir la cavidad orbitaria izquierda. Dos dias despues, estos temores se habian disipado y la supuracion disminuyó rápidamente. El ojo volvió á la órbita, aunque muy lentamente, y la enferma dotada de una impaciencia sin límites, desea volver á su casa en Marzo de 1874, sin que la obliteracion del quiste haya aún tenido lugar: no obstante, como la supuracion es casi nula, pronto se obliterará y el resultado será completo.

Estas cuatro observaciones clínicas espuestas con toda la exactitud posible, pueden en cierto modo reasumir todo cuanto se sabe de los quistes de la cavidad orbitaria. Vemos que conforme con la etiología hasta ahora admitida, en la primera enferma el quiste se presentó desde la infancia y en los otros antes de los 50 años al de mas edad.

Como sintomatología podemos enumerar el exoftalmos, la presencia del tumor por un punto al rededor de la órbita, el dolor en alguno, el extrabismo en todos, la ambliopia en uno, la amaurosis en otro, la diplopia en un tercero y las fotopsias en los mas.

La ausencia de fenómenos generales, así como al marcha lenta de la enfermedad y larga duracion, les escluyeron de los tumores inflamatorios. La ausencia de signos sensibles característicos les separaron de los tumores óseos y sanguíneos.

Operados unos más oportunamente que los otros, los pronósticos han variado, y aunque uno de ellos fué operado bastante tarde y la vista se conservó, sin embargo, cúpole la suerte de que el tumor se hizo estacionario, probablemente desde la infancia.

El tratamiento idéntico en todos los casos, dió tambien idénticos resultados apesar de las peripecias porque pasára la enferma de la última observacion.

Terminarémos, afirmando que, los quistes de la órbita no ofrecen mas dificultades que la oscuridad del diagnóstico. Formulado este con brevedad y practicando la operacion convenientemente, el ojo puede volver al ejercicio de sus funciones con mas ó ménos regularidad.

## CAPITULO XVI

**De la posicion del enfermo y del cirujano en las operaciones de los ojos y de un sofá portátil en relacion con aquella.—Del empleo de los anestésicos.**

---

I. En medecina, como verdadera ciencia de observacion, no hay detalle por pequeño que sea, indigno de fijar la atencion del médico acostumbrado á luchar con las infinitas formas que adoptan las enfermedades. Si esto es una verdad tratándose de la medicina en general, lo es más aun si nos referimos á la cirujia en particular. No basta, pues, que á la cabecera del enfermo diagnostiquemos el mal y juzguemos indicada una operacion, sino que antes de llevarla á efecto es necesario no calificar de pequeño el mas insignificante detalle. La posicíon que debe guardar el enfermo y el cirujano es lo primero que debemos ventilar aun cuando no se le preste siempre toda la importancia que merece.

La colocacion viciosa de la region en que se vá á operar y la mala posicion adoptada por el operador dificultan á veces un buen resultado y no faltan casos en que sean la causa de la terminacion funesta.

Por esto vemos á los antiguos cirujanos encarecer con demasiada insistencia este precepto, que es hoy mirado con indiferencia aun por prácticos de justísimo renombre.

Antes de proceder á cualquiera operacion por pequeña que sea debemos colocarnos y colocar al paciente en una posicion tal que con facilidad podamos ejecutar todas las maniobras, con un ancho y libre campo de accion nuestros novimientos son mas desembarazados, nuestros cortes son mas precisos, porque nada encontramos que nos estorbe.

Juzgad la impresion que á los comprofesores y al publico causaria un operador que á cada momento mudara de lugar, que ya se colocara á la derecha, ya á la izquíerda, y a de frente, ya por detrás, que moviera y removiera al paciente en distintas direcciones; de seguro que no le juzgariamos bien y nos alejariamos del lugar con la más desagradable impresion en el ánimo.

El cirujano que sabe colocarse y colocar á su enfermo lo hace siempre de tal manera que nunca estorba á los que presencian la operacion y procura siempre que la luz solar ó artificial venga á iluminar completamente la region en que se opera; y si este percepto es de suma importancia en la cirujia general, juzgad cual no lo será en cirujia ocular, donde son mas delicadas las operaciones y mas limitado el campo de accion.

De aquí, que no pueda darse reglas para ello, dejando á cada oculista la eleccion de la posicion en que deba colocarse y colocar á sus ayudantes al enfermo.

Variados son los síllones-camas que, para las operaciones en los ojos, se encuentran en las clínicas oftalmológicas, tanto de Francia como de Inglaterra, Alemania é Italia; todos los que hemos visto, se diferencian poco del que se halla en el Instituto Oftálmico de Madrid, y

que se asemeja bastante al que usan los dentistas en las operaciones de su ramo. Estos sillones tienen por objeto colocar el enfermo á la altura del pecho del operador, de modo que éste pueda maniobrar sin necesidad de inclinar el cuerpo; ade-más dos almohadillas de que están provistos, y se colocan á cada lado de la cabeza, impiden la movilidad de ésta.

El sofá para las operaciones de los ojos de que nos valemos comunmente tiene un objeto, si no opuesto, muy diferente al de los ya mencionados. Dos han sido los móviles que nos han impulsado á servinos de este mueble con preferencia á cualquier otro : el salvar las dificultades con que se lucha en la practica civil, cuando no tenemos una cama ni un sofá apropósito, ó que se adapte á la pieza mas ilumínada de la casa, y el darle una altura tal, que se prestase á que el operador permaneciese sentado durante la operacion.

Lo primero creemos haberlo conseguido, haciendo construir un sofá de regilla, con la madera más ligera posible, y dividido en tres partes : plegadas las extremidades sobre la del medio, presentará un espesor de veinte centrimetros, así dispuesto y colocado en una funda con su correspondiente agarradera, se hace tan facil conducir de un lado á otro, como el saco de noche más portátil. Lo segundo ha sido fácil obtenerlo, dando al sofá la altura que regularmente tiene esta clase de mueble, tanto más cuanto que la poca longitud de los piés debia favorecer la idea de reducirlo á menor volúmen.

Existen pocas operaciones en que el operador deba permanecer de pié y no sentado como creemos nosotros;

sin embargo, poco experimentados en las operaciones que se practican en otra region que no sea la del aparato ocular, no pretendemos defender la tésis de una manera general, circunscribiendonos tan sólo á las operaciones que se practican en los ojos. Si empezamos por recorrer las diversas posiciones que se han hecho adoptar á los enfermos, tomando por norma la operacion de la catarata, veremos que en los primeros tiempos se les operaba sentados, y aunque en nuestros dias se encuentra algun operador que conserve esta costumbre, es lo cierto que la mayor parte los colocan hoy en descúbito supino; este cambio en la posicion del enfermo, no es otra cosa que el triunfo de la Fisiologia, porque á todas luces se comprende que no es compatible con ella el estado violento en que permanece la cabeza del operando, durante todo el tiempo que dure la operacion estando sentado, y por mas que la apoye en el pecho de un ayudante. Basta reflexionar un instante para persuadirnos que la posicion horizontal es la mas perfecta, y en la que debe permanecer el enfermo, por que todos los órganos experimentan un verdadero descanso; tan es así, que no es otra la que adoptamos, cuando cobijados por el sueño nos entregamos al descanso, pudiendo calcularse que pasamos en ella, por regla general, un tercio de la vida; es sin duda la posicion que más guardamos, pues cuando estamos despiertos nunca permanecemos en una sola.

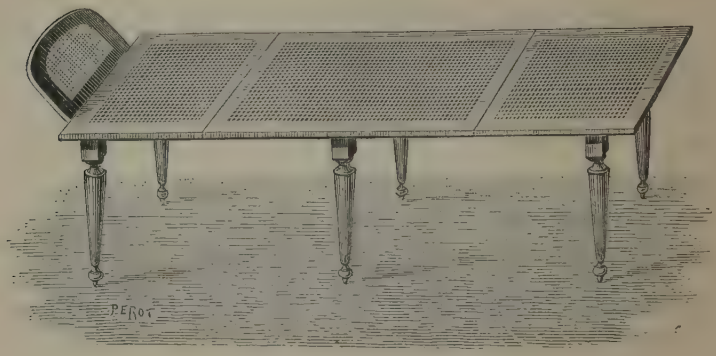
Este mismo tríunfo de la Fisiología se obtiene con respecto á la posicion del operador, si en vez de colocarse de pié se coloca sentado. Sabemos, que cuando el indivíduo está de pié, hay menor número de órganos en des-

canso que cuando está sentado; estando de pié, que es lo que fisiológicamente se denomina *estacion*, el peso del cuerpo se trasmite por la columna vertebral á la pelvis, y de ésta al fémur, los músculos extensores de la pierna impiden que la rodilla se doble, y los del pié mantienen la pierna en posicion vertical; estos órganos musculares en accion para sostener la posicion vertical, están impulsados por la voluntad, y roban más ó ménos atencion; así podemos observar que cuando el miedo, la ira ú otra pasion vehemente nos domina, las piernas flaquean por que el elemento pasional se sobrepone á todas nuestras facultades. Desde luego que debemos optar por una posicion en que todos los órganos del cuerpo estén con el mayor descanso posible, á excepcion de aquellos que se interesan de una manera directa en el trabajo de la operacion. Esta la obtenemos cuando el operador se haya sentado, entónces los músculos de la cabeza y los de las extremidades superiores son los solos que entran en accion.

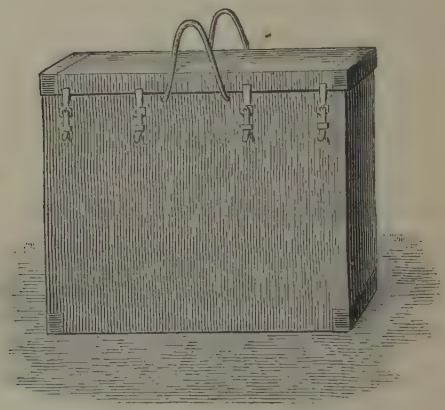
Colocado el que opera de la manera que indicamos, encuentra en su propio muslo un sitio de descanso para el brazo, á veces de suma importancia.

El sofá á que nos referimos, carece de las almohadillas de que hemos hecho mencion para mantener la cabeza inmóvil; hemos juzgado tales almohadillas, si no desventajosas por lo ménos inútiles: en la operacion de la catarata, la más delicada y complicada de las operaciones que se practican en los ojos, no son los movimientos de la cabeza del enfermo los que más debemos temer, no porque dejen de ser sumamente perjudiciales, si no por

que rara vez se encuentra un enfermo tan intranquilo que no mantenga la cabeza quieta duranto todo el tiempo de



la operacion; si se presenta alguno, toca al ayudante tenerla inmóvil, pues atribuciones de este género y no de



otras (como la de sontener la pinza en la iridectomía), son las que confiamos al que ayuda á la operacion. Hay

casos en que mantener la cabeza inmóvil por medio de un aparato, es dañoso porque tan pronto como se coloque el oftalmostato se presenta una hipersecrecion tan abundante de lágrimas que el globo ocular queda cubierto de liquido como si lo hubiésemos sumergido en el agua sin quitar el aparato elevador de los párpados, ó le hubiésemos vertido aquella en la cavidad orbitaria. Como no es lógico practicar una incision en tales condiciones, ni es posible que el ojo permanerca en ellas sin gran incomodidad, inclinamos la cabeza del enfermo en la direccion del ángulo externo del ojo que operamos y el líquido se desliza facilimente : de igual recurso nos valemos cuando hecha la queratotomía, hay hemorragia conjuntival; ántes de pasar á la iridectomía ó á la estraccion, propiamente dicha, debemos verter algunas gotas de agua fria é inclinar la cabeza, como hemos indicado, de lo contrario nos exponemos al hifema y á sus contrariedades.

Aparte de las ventajas que hemos enumerado relativas al mayor descanso del operador, y por consiguiente, al mejor desempeño de las maniobras quirúrgicas, podemos añadir la que se obtendria en las cátedras de los hospitales donde un número de individuos ávidos de seguir los detalles de una operacion, apénas distinguen la mano del profesor, luego que un circulo de personas haf rodeado la cama en que generalmente se opera. Sentado el operador, y eligiendo para el efecto una silla de cuarenta y cinco centimetros de alta, que corresponda á la altura del sofá en que se coloque enfermo, un circulo de personas, en numero de diez próximamente, rodeará la cama

sentadas tambien y pudiendo ver perfectamente la mano del cirujano, miéntras que otro circulo, de pié, distinguirá aún con perfeccion lo que se hace. Por otra parte, quedando como queda cerca del pavimento el sitio en que trabaja el profesor y estando más libre el balcon ó ventana, donde generalmente se coloca, resulta que el campo de la operacion se ha de encontrar mejor iluminado.

Finalmente, creemos haber reunido en el mueble que es el objeto de estas lineas, todo cuanto se necesita para proporcionar al operador la mayor seguridad posible en el desempeño de las maniobras quirúrgicas.

II. De no ménos importacia en las operáciones de los ojos, es el empleo de los anestésicos que evita al enfermo los dolores y molestías de toda operacion y proporciona al cirujano las ventajas de operar con entera libértad de accion.

Nosotros hemos usado y usamos repetidas veces al año el cloroformo en nuestra clínica oftalmológica y si cada ocasion que lo administramos no viésemos en peligro la vida del enfermo, no dudaríamos de recurrir á él para la mayor parte de las operaciones oculares. Familiarizados con su uso, siempre que lo administramos estamos preparados á encontrar un enfermo que por razones, para nosotros todavía desconocidas, no lo reciba favorablemente. No hay dos en quienes el cloroformo produzca idénticos efectos. Unos recorren tres períodos de escitacion, de insensibilidad y de colapso, otros no tienen el primero ni el segundo y sí el último á los pocos momentos; algunos no se les puede sacar del primero y son por lo general alcohólicos, pero tambien lo hemos observado

en personas en quienes no sepodia se spechar el alcoolismo. Hay enfermos que refieren haberle sido agradable la accion del anestésico, pero son más los que esperimentan desagrado. El sueño que llamamos clorofórmico y en el cual guarda la respiracion el ritmo que advertimos en esos individuos dormidos tan profundamente que aunque se les saque de la cama no despiertan, se observa pocas veces. Si siempre tuviéramos la suerte de producirlo no habria peligro en la administracion del cloroformo. La idiosincracia del individuo y la pureza del cloroformo pueden jugar algun papel; con respecto á lo segundo hemos notado que la anestesia es más laboriosa y hasta imposible cuando el cloroformo se encuentra en un pomo y a abierto ó es de procedencia desconocida.

Para evitar cualquier siniestro por la administracion del cloroformo, deben tenerse presente tres puntos importantes: 1° Las condiciones del enfermo. 2° La pureza del cloroformo y 3° Saberlo administrar. Las investigaciones hechas por un autor en los casos desgraciados le probaron que habia en todos la omision de uno ó dos de los tres. Durante la anestessia es de más utilidad vigilar los movimientos respiratorios del vientre en los hombres y del torax en la mujer que los pulsaciones, pues el pulso parece desaparecer muchas veces y miéntras la respiracion se mantiene nunca tememos.

Nosotros no hemos presenciado en nuestra práctica oftalmológica ni en la de otros profesores las desgracias que señala el Dr Del Toro de Cadiz (1), pero estamos

(1) *Tratado de enfermedades de los ojos*, por el Dr. D. Cayetano del Toro. Cadiz, 1878.

seguros que pueden ocurrir. Por eso aconsejaríamos que se omitiese la anastesia siempre que se pudiese, pero creemos que no solo en la enucleacion y en ciertas cataratas es indispensable sino que tambien en algunas pupilas artificiales y en la estrabotomia. En las pupilas artificiales porque á veces es tan pequeño el espacio donde operamos que el menor movimiento del enfermo podria defraudar nuestras esperanzas. En el estrabismo, porque siendo la operacion dolorosa aunque rápida, los enfermos no siempre la resisten sin moverse y esto impide que el cirujano maniobre con toda libertad. Bien sé que bajo la anestesia no contamos con el concurso del enfermo que algunos juzgan tan inportante para regular la operacion, pero nosotros podemos asegurar que la intervencion del operado más veces nos ha perjudicado, que servido tratándose de la estrabotomia.

## CAPITULO XVIII

### De la eserina en la operacion de la catarata.

---

### I.

Favorecer la cicatrizacion de la herida y evitar la hérnia del íris, son dos de las primeras indicaciones más importantes que deben llenarse en la operacion de la catarata. Cuando esta se practica con iridectomia, la hérnia no puede tener lugar, por que la parte del íris que debia herniarse está escindida ; sin embargo aún practicando la seccion del íris, si se instila la atropina, las dos extremidades seccionadas pueden ser aprisionadas por los lábios de la incision. La manera de evitar este inconveniente que puede deformar la pupila y retardar la cicatrizacion, es la instilacion del sulfato neutro de eserina. Primitivamente, cuando la mayor parte de las operaciones de catarata se practicaban por la depresion, no era conocido el alcaloide de la primera de las solanáceas, siendo Demours el primero que empleó su extracto. Cuando la extraccion á gran colgajo se generalizó y se hubo tropezado con el obstáculo que opone la pupila á las salidas del cristalino, el empleo de la belladona en extracto, apesar de su débil accion sobre la pu-

pila, fué empleada con frecuencia; mas tarde la atropina la ha sustituido por completo, sin que haya faltado motivo en estos últimos tiempos para perder algo de su prestigio, por cuanto se ha probado que no obstante se halle totalmente dilatada la pupila, al ser incindida la córnea se contrae, y por consiguiente la dificultad opuesta á la salida del cristalino es la misma que si no se hubiere instilado sustancia alguna. Hoy, y desde hace algunos años, es costumbre instilar la atropina antes y despues de la operacion de la catarata, no faltando quien se haya quejado de sus malos resultados empleada despues.

Nosotros, por nuestra parte, la creimos contra indicada en ciertos casos despues de dicha operacion, áun mas, creimos deberla sustituir por la eserina, y así lo dejamos consignado en las observaciones nº 13 y 14 de la memoria que sobre la operacion de la catarata dirijimos á la Academia de Medicina de la Habana en 1874. Nos indujo á esta sustitucion, por una parte la forma que tomaba la pupila cuando se instilaba la atropina, y por otra la atonía de ciertas incisiones. En efecto, en la operacion con iridectomia al querer dilatar el orificio pupilar por medio del alcaloide de la belladona estando escindido el íris, sucede que la parte no escindida al pretender por medio de sus fibras radiadas recogerse hácia la periferia, no encuentra apoyo en lo restante del íris que está escindido, por consiguiente la parte intacta del diafragma iridiano, léjos de plegarse á la periferia, permanece lo mismo ó se esparce. La pupila artifical, ó mas bien el borde inferior de ella si la iridectomia es superior, queda algo mas alto que lo está fisiológicamente ó

en el sitio en que se halla en la miosis. Mas aún; las fibras radiadas inmediatas á la seccion del íris, parece se contraen mas fácilmente llevando hácia la periféria, y en sentido opuesto, lo que constituye las dos extremidades del íris. Verificado esto, la pupila artificial (suponiendo que la iridectomia sea superior, puesto que es la ménos imperfecta) queda mas ancha en el sentido trasversal del ojo que en el vertical; esto es; separándose de la forma de la pupila del gato que el párpado superior corrige la mejor.

Temerosos estuvimos en un principio al emplear, en las circunstancias indicadas arriba, un medicamento que siendo antagonista de la atropina, y esta reconocida como antiflogística, podia ocasionar sérias complicaciones. La atonia de ciertas insiciones queráticas y nuestro deseo de exitar los bordes de la herida, asi como precaver la hérnia de las extremidades del íris que hemos indicado, nos decidió á usarla, si bien algunos dias despues de la operacion. Observamos su innocuidad, y como desde mucho tiempo llamaba nuestra atencion la deformidad de la pupila artificial en los operados por iridectomia, resolvimos instilarla despues de la operacion, lo mas próximo á ella y en los casos que á continuacion exponemos.

### Observacion I y II.

D. Félix F., vecino de Marcurijes y de 57 años de edad, presentaba dos caratatas lenticulares de color blanco claro, perception luminosa, contraccion y dilatacion de ambas pupilas. Su padres y un tio han padecido de catarata; un hermano y dos primos las tienen actualmente; de modo que se conocen seis miembro de esta familia atacados de opacidad del crista-

lino, sin que pueda asegurarse que no haya algun otro mas. Dispuesta la operacion, la practicamos en el ojo izquierdo el dia 25 de de marzo, prévia instilacion de la atropina, ayudados de los Dres. Arango, Bango y Argumosa, en presencia de varios compañeros. La queratomía é iridectomia superior, nos permitió extraer la catarata con la cucharilla de Crichett, porque se detenia en salir por si sola. Ningun accidente tuvimos que lamentar y la vision se restableció, pudiendo contar el individuo los dedos y distinguir las facciones. Colocamos el apósito tal como acostumbramos : pequeñas compresas empapadas en agua fria y una venda ; recomendamos humedecerlo y al dia siguiente cuando levantamos el vendaje, encontramos la herida cerrada permitiendo al enfermo sentarse en un sillon de los de viajes. Antes de colocar nuevamente el apósito instilamos una gota de eserina, repitiendo lo mismo por la noche, al dia siguiente de mañana, al medio dia y al anochecer. Al tercer diaquitamos definitivamente el vendaje é instilamos por última vez la eserina. El enfermo no habia sufrido la menor incomodidad ; la rubicundez del ojo consecutivo á la operacion era moderada y la pupila mas grande en el sentido vertical que en el horizontal ; por no saber leer no fué posible precisar la agudeza visual. Ocho dias despues fué operado del ojo derecho del mismo modo y practicando la cura de igual manera que en el izquierdo. En este, la rubicundez fué mas intensa, si bien no existia molestia alguna.

### Observacion III.

D. Andrés Gomez vino á la consulta é iba á todas partes por si solo, apesar de tener dos cataratas desarrolladas por completo y de las cuales le operamos una el dia 1° de Abril de 1875; practicando la queratotomia é iridectomia superior del ojo izquierdo, la lente opaca salió fácilmente gracias á la quietud é insensibilidad del operado. Colocado el apósito indicado ya, permaneció en decúbito supino hasta el dia siguiente, levantando entónces el vendaje, y encontrando los bordes de la incision adheridos, le permitimos sentarse en un sillon, dando principio á la instilacion de la eserina segun hemos expresado mas ariba. Este individuo tenia habitualmente las conjuntivas

inyectadas, y despues de la operacion se aumentó lijeramente la rubicundez; por el aspecto húmedo del ojo parecia portador de una obstruccion de vías lagrimales que no existia. El enfermo no ha manifestado ningun género de sufrimiento y la pupilla artificial ha quedado tan estrecha como se requiere para la perfeccion visual.

Como de deduce de la observaciones anteriores, la eserina puede emplearse con ventaja despues de la operacion de la catarata. Debe abrigarse la esperanza de poder sacar mayor partido aún en las operaciones de cataratas glaucomatosas (si es forzoso practicarlas), pues conocida es la influencia nociva de la atropina en el glaucoma. Fáltanos estudiar si antes de la operacion, y en el acto de practicarla, puede instilarse la eserina, lo que nos reservamos para nuevas intestigaciones.

Como no hay medicamento cuyo empleo no tenga sus límites y dentro de ellos sus peligros, así el sulfato neutro de eserina, despues de la operacion de la catarata, usado sin prudencia y sin vijilar al enfermo, puede dar lugar á dolores pulsativos en la region ciliar; dolores que pueden traducirse como un violento espasmo del músculoa comodador y congestion de los procesos ciliares, capaz de producir la ciclitis, la iridociclitis, ó un desprendimiento de la retina, especialmente en el miópe. Semejantes riesgos se evitan no instilando la eserina mas que los tres primeros dias, lo cual es suficiente, y en caso que se inicie el dolor pulsativo, instilar la atropina, que teniendo como tiene una accion mucho mas enérgica que la calavarina, restablece pronto la funcion muscular y vascular de la region afectada.

Nuevos ensayos nos permitirán aseverar nuestra opinion acerca del empleo de una sustancia que tanto papel está llamada á desempeñar en la terapéntica ocular. Empleada por De Grofe para facilitar la iridectomia en el glaucoma, recomendada en la midriasis y en la parálisis del músculo acamodador, recibe hoy una nueva aplicacion, sino eficáz, al ménos que contribuya de algun modo á disminuir los muchos inconvenientes de la iridectomia en la operacion de la catarata.

## II.

Despues de publicadas nuestras observaciones, llegó á nosotros la entrega de los *Annales d'oculistique*, correspondiente al mes de Mayo y Junio 1875; en dicha entrega dá cuenta el Dr. Veker de un nuevo procedimiento operatorio para la operacion de la catarata sin iridectomia, al cual titula *á colgajo periférico.* Señal a como accidente posible en dicho proceder, el aprisionamiento del irís en los lábios de la herida, y es en este solo caso donde cree indicada la instilacion de la eserina. Ch. Bell Taylor dice haler practicado y descrito en 1865 la operacion de M. Vecker abandonando despues la iridictomía por la seccion inferior. Emplea el haba del calabar para impedír el prolapso del ins. (*Annales d'oculistique*, 2e vol., 1875).

Por su parte el Dr Del Toro de Cadiz (1) ha empleado el cocimiento del haba del calabar desde 1866 combinando la con un vendaje lígerámente compresivo para los pro-

(1) *Crónica oftalmologica de Cadiz*, Febrero 12 de 1876.

lapsus del irís consecutivos á la queratotomia á colgajo, empleando despues (1872) el colirio de calabarina despues de la queratotomia lineal con escicion del irís combinada con deslízamiento del cristalíno en su totalidad.

Para nosotros la reduccion de la hernia, que en la operacíon con iridectomia desaparece seccionando el iris, no creemos pueda tener lugar por medio de la eserina, máxime si está el iris bajo el influjo de la atropina, que supera á su antagonista en accion. Las extremidades del iris seccionado pueden más fácilmente ceder al poder del miosíco y salir de los lábios de la herida; sin embargo, no siempre se consigue, y por eso no es á lo que hemos dado más importancia en nuestras observaciones.

Hemos podido convencernos de que la eserina tiene un poder limitado en las hernias del iris, ya sean debidas á una úlcera ó abceso perforado, ya consecutivas á una queratotomía; de lo primero tenemos una prueba en la observacion que trascribiremos á continuacion; de lo segundo expondremos otra más adelante.

### Observacion I.

La señorita R. Ll. vino por primera vez á nuestra consulta de enfermedades de los ojos el dia 27 de Junio de 1875, recomendada por los Dres. D. Agustin Valdés y D. José Argumosa. La enferma hacía próximamente un mes que padecía del ojo izquierdo, presentando entónces el cuadro sintomatológico siguiente: Párpados edematosos, conjuntivas bulbar inyectada y la palpebral presentando un aspecto granuloso, debido al aumento de sus papilas. La cornea habia perdido su trasparencia, y en el tercio externo de su diámetro transversal existía una ulceracion, calificamos la afeccion de queratitis ulcerosa, ordenándole un tratamiento antiflogístico, por medio del cual

logramos ver á la cornea recobrar su trasparencia y percibir entonces la adherencia del iris á la ulceracion no tardando en formarse una hernia que al principio no existía. Se nos ocurrió hacer excision del saco herniario por medio de una pinza y tijera de iridectomia, pero tantas veces lo intentamos cuantas nos sucedió ver salir el humor acuoso y reducirse la hernia, para reaparecer al otro dia. Entónces decidimos instilar el sulfato neutro de eserina cada dos ó tres horas, llegando á obtener una miosis tan completa, que desaparecia la pupila, no consiguiendo, sin embargo, disminuir la hernia, ni mucho ménos deshacer las adherencias. Los dolores superciliares que solia producir el alcaloide y su ineficacia para conseguir lo que nos proponíamos, nos obligó á suspenderlo, sustituyéndolo por la atropina, que al ménos nos permitía ver la pupila, aunque deformada. Por una parte la poca reaccion inflamatoria que nos produjeron las tentativas inútiles de reduccion por medio de la excision del saco herniario, y por otra la actitud decidida de la enferma para llenar nuestrs deseos, nos inclinó á una nueva operacion. Se trataba de practicar una iridectomia en el sitio más próximo á la úlcera, excindiendo la porcion del iris que formaba la hernia. Asuntos de familia le impidieron volver á la consulta hasta pasados quince ó veinte dias, pero ya no era ocasion, porque el iris habia contraido adherencias cicatriciales con los bordes de la ulceracion.

El otro caso á que nos referimos es el siguiente :

Observacion II.

Antonina de la Vega y Fuente, natural de Santander y de 45 años de edad, perdió la vista, primero del ojo izquierdo y luego del derecho; perteneciente á la Casa de Beneficencia, vino á nuestra clínica de enfermedades de los ojos el dia 19 de Agosto. Era portadora de dos cataratas de color blanco de leche y que tenian el aspecto de semiblandas ; despues de dilatadas las pupilas, se percibian distintamente por la parte inferior los bordes del cristalino opaco, haciendo pensar en una luxacion por lo ménos incompleta. El temblor de las extremidades superiores de los párpados y una manera especial de marchar

nos hizo preguntarle si habia cometido abusos alcohólicos, á lo que nos contestó afirmativamente. — El dia 26 de Agosto decidimos extraer la catarata del ojo derecho. Colocada la enferma en decubito supino y aplicado el oftalmostato, practicamos la queratotomia próximamente lineal á expensas de la cornea; el temblor ya citado de los párpados, que puesto el oftalmostato se convirtió en bruscas contracciones del ocbicular, hizo que al retirar el cuchillo la catarata escapase sin otras maniobras por la incision, confirmándose así nuestras sospechas de luxacion. Retirado el oftalmostato y exigiendo á la enferma mucha tranquilidad, entreabrimos los pápados, suponiendo herniado el iris; la cámara anterior se presentaba normal, y aunque no habia hernia, la deformidad de la pupila nos revelaba alguna ligera sinequia anterior, que creimos romper fácilmente — siendo tan reciente — instilando la eserina; teniendo en cuenta que se encontraba el iris bajo el influjo de un midriático de mayor accion que aquella, repetimos las instilaciones en el transcurso de doce horas, sin que llegásemos á conseguir nuestro objeto; al dia siguiente, cerrada la herida y no habiendo experimentado la enferma molestia alguna, suspendimos por ineficaces las instilaciones. La pupila ha quedado ligeramente deformada, sin que haya sufrido menoscabo la agudeza visual.

Podemos deducir de nuestras investigaciones que los miósicos y midriáticos más poderosos, que son la eserina y la atropina, no pueden por sí solas reducir las hernias del iris ni áun sus simples adherecias.

No pretendemos negar ni á la una ni á la otra su importancia en oftalmologia, importancia que nosotros hemos proclamado recientemente tratándose de la eserina; nos proponemos marcar sus límites de accion, creyendo de ese modo asegurar más el crédito adquirido.

Cuando para reducir una hernia central instilamos la

atropina ó para una periferica la eserina, no habremos de conseguir nada si ántes no escindimos la porcion cuando el estado del ojo lo permite. Una verdadera hernia del iris intacto y no del iris seccionado jamás cede à la eserina.

Importa conocer este hecho, tratándose de la operacion de la catarata, pues durante el acto operatorio nos encontramos á tiempo de practicar la seccion del iris; recomendamos la escision de dicho diafragma, porque juzgamos que un ojo con una iridectomia está más cerca de lo fisiológico que de lo patológico. Una sinequia anterior es una amenaza inflamatoria, es una vanguardia más ó ménos retirada, segun su extension, de la atrofia del bulbo.

## CAPITULO XIX

**Un accidente no comun en la operacion de la catarata, por el método de De Graefe.—Su causa, pronóstico y tratamiento.**

---

Ninguna operacion de la cirugía ocular ni de la cirugía en general, está más expuesta á accidentes que la de la catarata. La mano más hábil y el operador más adiestrado, no pueden preveer, todas las veces, el número de peripecias por las cuales tiene que pasar en los diez minutos que se tarde en llevarla á efecto.

Desde el momento de entreabrir los párpados con los elevadores, con el oftalmostato, ó con los dedos del ayudante, hasta el de recibir la catarata en la cucharilla de caoutchout, como término final de la operacion, una serie no corta de accidentes pueden tener lugar.

La desgarradura de la conjuntiva al fijar el ojo; la queratotomía insuficiente; la incompleta discision de la cápsula; la salida del vítreo, el hifema, etc., etc., son accidentes que, de fácil remedio unas veces, otras dan lugar á funestos resultados.

Nos ocuparemos solamente del accidente, que consiste en no obtener la extraccion de la lente opaca, y que reconoce por causa única, pudiéramos decir, la pequeñez de la incision querática, tratándose de la operacion por

el método de De Graefe. Esta detencion del cristalino opaco dentro del globo ocular, puede tener lugar de dos maneras; la una, acompañada de hifema procedente del interior del ojo ó del exterior; la otra sin hifema, es decir, sin que nada oscurezca la cámara anterior y podamos ver la catarata, por más que no la podamos aprisionar ni extraer. Cuando ocurre lo primero, casi se puede asegurar que el ojo ha sido sometido á más ó ménos traumatismo, y que una inflamacion de mayor ó menor intensidad será el resultado forzoso. Cuando tiene lugar lo segundo, no ocurre lo mismo; la lente puede retirarse poco ó mucho del campo pupilar, y la vision se restablece; si la pupila queda libre en su totalidad, la agudeza visual sera perfecta; si sólo parcialmente, aquella estará en relacion con el espacio y la forma del orificio que da paso á los rayos luminosos. Dos observaciones que expondremos á continuacion, probarán prácticamente lo que acabamos de afirmar.

### Observacion I.

A. S., natural de Galicia, de 45 años de residencia en la Isla, de 60 de edad y bastante bien conservado, ingresó en la Clínica el dia 31 de Agosto de 1875, é inscrito en el número 1949. Hace dos años fué operado de catarata en el ojo derecho por el método á Colgajo, y con resultado mediano, por cuanto la pupila le quedó lineal, en direccion trasversal y ocupando casi la parte superior de la periferia de la córnea, debido probablemente á adherencias del iris en la incision querática, como ocurre frecuentemente en el método de Daviel, y constituyen para Desmarres, hijo, una garantía de salvacion. No obstante de ver lo suficiente para desempeñar su oficio, quedó poco satisfecho del éxito obtenido por el facultativo que lo operara, y este descontento de los operados de catarata, aunque el éxito sea completo,

cuando uno de los ojos está sano, lo observamos frecuentemente.

El dia 21 de Octubre del mismo año, practicamos la operacion del ojo izquierdo, en union de los Dres. Torrado y Argumosa, del modo siguiente: En decúbito supino el enfermo, y despues de entreabrir los párpados, no recordamos si con las manos del ayudante ó con oftalmostato, aunque nos inclinamos á la último, procedimos á hacer la queratotomía inferior con el cuchillo de De Graefe, todo lo más periférico y lineal posible; acto contínuo escindimos una porcion del iris, y al intentar la discision de la cápsula con el quistitomo, nos pareció luxada la catarata, por lo cual resolvimos extraerla con su cápsula; pero al quererlo obtener, con la cucharilla de Crichett introducida suavemente en la cámara anterior, la catarata desapareció del campo pupilar y el enfermo acusó espontáneamente distinguir nuestra cara y la de los circunstantes. Un momento de vacilacion tuvimos, en que uno de nuestros compañeros supuso que se trataba de una catarata blanda, quizá por no haber seguido el hilo de la operacion; pero para nosotros estaba evidente la *declinacion* del cristalino y dábamos por terminada la operacion; por más que habiendo intentado operar de una manera, la naturaleza misma de las cosas nos llevó á operar de otra, habia tenido lugar una *depresion* de la catarata y no una extraccion, y era importante fijarse en lo ocurrido, por cuanto los cuidados que requeria la operacion que nos habíamos visto obligados á practicar, eran mayores que los exigidos por la que intentábamos hacer. Despues de colocarle el apósito, compuesto de compresas pequeñas, hasta rellenar el hueco de ámbas órbitas y un vendaje monocular, fué colocado en la cama en decúbito supino, no sin recomendarle la mayor quietud, pues abrigamos serios temores de inflamacion. Cuando levantamos el apósito, á las veinticuatro horas, encontramos perfectamente unidos los bordes de la incision querática, inyeccion conjuntival poco intensa, y ligeramente turbia la cámara posterior; se instiló de nuevo la atropina y, á excepcion de algun dolor pasajero en la region superciliar, se deslizó una quincena sin presentar novedad algnua y, habiendo guardado todo este tiempo cama y quietud, le dimos el alta, recomendándole llevase el ojo vendado y permaneciera

tranquilo en su casa. El 23 de Noviembre, próximamente un mes despues de la operacion, no existia más que una ligera rubicundez en el ojo. El 30 del mismo mes, la rubicundez habia desaparecido, y examinada la vision á distancia, era la habitual en los operados de catarata, no pudiendo apreciar la agudeza de cerca, por no saber leer.

Nuestro enfermo continuó sin novedad, visitándonos de tiempo en tiempo, hasta el 6 de Julio de 1876, en que se nos presentó angustiado por dolores agudos en el ojo y region superciliar hacia cuatro dias; gran inyeccion periquerática y al oftalmoscopio todos los síntomas de una irído-coroiditis. Un tratamiento adecuado cambió en pocos dias el estado del ojo, y nuestro enfermo, continuando cada dia mejor, dejó de venir á la consulta, lo qual nos da derecho á creer hubiese vuelto á su estado normal el ojo.

En este caso se ve que la ausencia de traumatismo durante la operacion, llevó al ojo á un fin que no era de esperar; los accidentes consecutivos al antiguo método (*el abatimiento*) eran de temerse, y nuestras sospechas se confirmaron cuando á los nueve meses le asistimos de de una irido-coroiditis; flegmasia que pudo ser funesta para la vida del ojo, y que, sin atrevernos á asegurarlo, encontró un dique en la iridectomía préviamente practicada para extraer la catarata por el método de De Graefe. Si nuevas observaciones confirmasen esta sospecha, no seria un desatino practicar el *abatimiento* con prévia escision del iris.

El segundo caso que hemos observado, ofrece aún mayor interés, pues aunque el resultado no fué tan satisfactorio, la enferma corrió mayores peligros.

### Observacion II.

J. de P., natural del Casar de Escalona, provincia de Toledo, se presentó á nuestra consulta el dia 31 de Abril de 1874, y fué inscrita en el número 405 del registro clínico. De 60 años de edad y de naturaleza algo empobrecida, nos refiere haber perdido el ojo derecho á los pocos dias de nacida y la vista del izquierdo hacia año medio, próximamente; en efecto, el bulbo derecho estaba atrofiado, y en el ojo izquierdo existia una opadidad completa del cristalino; su forma y su posicion saliente de la cavidad orbitaria nos recordaba el ojo miope, aunque no tenemos presente si el interrogatorio de la enferma confirmó nuestras sospechas; la blandura del ojo á la presion era tan acentuada, que temimos practicar la extraccion de la catarata, y si al fin, á instancias de la enferma, nos resolvimos á ello, no fué sin la premeditacion de hacer una incision casi lineal, huyendo de perder una gota de los humores del ojo, que suponíamos muy mermados; practicada la queratotomía tal como la habiamos ideado, pasamos á la escision del iris á la discision; pero cuando resolvimos extraer la catarata, esta se luxó y desaparecio, casi en su totalidad, de la pupila; dos tentativas más, hechas con la cucharilla y con gran cuidado de no lastimar la region, nos probaron la ineficacia de nuestro trabajo, y aunque el ensanchamiento de la incision nos hubiera aminorado los obstáculos para la extraccion, no hicimos uso de este recurso, temerosos, como ántes hemos dicho, de perder parte del vítreo y afectar, por lo ménos, la nutricion del ojo; suspendimos la operacion, y, colocándole un apósito, aguardamos la solucion de un accidente que bien podia calificarse de grave; los dias se sucedieron sin que la enferma hubiese presentado síntomas alarmantes, y habiendo la catarata ocupado nuevamente el campo pupilar, nos disponíamos en tiempo oportuno para una nueva tentativa de extraccion. A los dos meses la pretendimos nuevamente con una incision de la misma naturaleza, y, por identicas razones, siendo igual el resultado que en la anterior tentativa, si bien esta vez el cristalino se alejó mucho más y no volvió en totalidad á cubrir la pupila, permitiendo la vision, aunque no perfecta como el individuo de la observacion primera.

En un caso semejante al anterior, operado en union de los Dres. Mestre y Beato, el cristalino, alejado de su situacion fisiológica, volvió más tarde á tomarla, contrajo adherencias que terminaron por desarrollar un irido ciclitis con todas sus consecuencias.

De cuanto hemos expuesto se deduce que este accidente, más posible en el método de Colgajo que en el de De Graefe, por el obstáculo que pone en aquel el iris no escindido á la salida del cristalino, puede llevarse á un fin satisfactorio si, contando con la naturaleza del enfermo, ántes que todo, sabemos abstenernos de persistir en la tentativa de extraccion, pues, si es verdad que la mayor parte de las veces conseguiríamos traer la catarata á nuestras manos, en la mayoría tambien una violenta inflamacion seria el resultado final.

## CAPITULO XX

**De ciertos fenómenos cerebrales como el delirio, etc., observado despues de la operacion de la catarata.**

---

El delirio en general es un trastorno de las funciones de la inteligencia caracterizado por la perversion del lenguaje y los actos del entendimiento (1). Se le divide en febril y no febril. Sus causas son numerosas, aunque pueden referirse á tres órdenes principales. 1° Enfermedades del cerebro y sus membranas. 2° Ciertas nosohemias ó alteraciones de la sangre y 3° la escitacion cerebral esencial ó simpática.

*Historia.*—Entre los fenómenos cerebrales observados despues de la operacion de la catarata ocupa un lugar preferente el delirio. Fué señalado por primera vez por Sichel (2), en 1861, Borellí (3) añadió por la misma época una observacion y Warlomont, otra más reciente (4).

Las que nosotros nos proponemos consignar contribuirán á demostrar, que es más frecuente de lo que pu-

(1) Bouchut, *Patologie generale*. Paris, 1869, pág. 966, 2° edit.
(2) *Union médicale*, n° 1. Paris, 1863.
(3) *Giornle d'oftalmologia italiana*, 1863.
(4) *Annales d'Oculistique*, t. 54, p. 254.

diéramos suponer, puesto que la hemos observado diferentes veces en más de quinientos operaciones de cataratas y en cinco mil enfermos de los ojes.

Sichel lo atribuye á la oclusion de los párpados que desorienta á los individuos y los coloca de manera que no saben lo que les ha sucedido. Borrellí le reconoce como causa la nostalgia nosocomial ó de los hospitales y nosotros sin juzgar desacertadas estas opiniones creemos que no son las únicas causas que determinan el delirio ú otro de los fenómenos cerebrales observados despues de la operacion de la catarata; entran en juego alguna más y de no ménos importancia como la edad de los individuos y el efecto moral que les produzca el resultado de la operacion.

*Division.*— En nuestras observaciones dividiremos las causas en cuatro clases: 1° La oclusion de los párpados: 2° la nostalgia, 3° La edad del enfermo y 4° la impresion moral.

A estas cuatro clases pueden añadirse otra que si bien no está íntimamente ligada con la operacion de la catarata, por ser un accidente estraño, la circunstancia de haber ocurrido despues de ella nos autoriza en cierto modo á tratarlo en este lugar. Nos referimos al delirio producido por la atropina despues de la operacion de cataratas.

*Sintomatologia.*— La mayoría de los enfermos oponen resistencia á ser vendados y ruegan que se les deje descubierto un ojo aun cuando tengan cataratas en ambos; la oscuridad en que les deja sumergidos el apósito les horroriza y desorienta. Manifiestan gran tristeza los

unos, temor ó la muerte los otros y algunos una sensacion de malestar indefinible que les asusta y acongoja.

El sueño es interrumpido por ideas lúgubres despertando con frecuencia hasta desvelarse por completo. Ausencia de fiebre y perturbacion alguna en el estado general. No acusan dolor en el ojo operado que por lo general permanece en buenas condiciones.

*Diagnóstico.*— La falta de fiebre, la ausencia de antecedentes vésanicos; la edad y el tranquilizarse los enfermos cuando se les retira el apósito, se les consuela ó traslada á su hogar caracterizan suficientemente la afeccion.

*Pronóstico.*— La operacion puede tener fatales resultados si el delirio se prolonga y cuando viene en un individuo de avanzada edad y aquella se malogra, la demencia senil suele presentarse.

*Tratamiento.*— Tan pronto como conozcamos la afeccion debe vigilarse cuidadosamente al enfermo y redoblarse los cuidados. Cuando á pesar de esto persiste la intranqullidad se le trasladará á su hogar si es posible ó se les descubre un ojo ó los dos, siempre que lo permita el estado de la operacion. Someterles á una alimentacion reparadora y como medicacion, están indicados los sedantes del sistema nervioso.

### Observacion I.

D. Agustina Vasquez, natural de la Habana de 80 años de edad, se presentó en la clínica de Enfermedades de los ojos del Dr. J. Santos Fernandez el dia 29 de Noviembre de 1876 y fué inscrita en el nº 3,666. Nos refiere que hace un año empezó á perder la vista del ojo derecho y que desde hace poco tiempo

advierte algo de niebla en el izquierdo. Examinada al oftalmoscopio, prévia dilatacion de la pupila se comprobó una opacidad total del cristalino derecho é incipiente del izquierdo. En agosto de 1877 se presentó nuevamente en la clínica muy escasa de vista y pidiendo la operacion del ojo derecho. Esta se practicó el 21 de agosto por la mañana haciendo una incision querática á pequeño colgajo en el hemisferio inferior con iridectomia, sin otro accidente digno de mencionar que el hifema dependiente del esterior. Concluida la operacion y llegado el momento de aplicar el apósito la enferma manifestó gran sorpresa y oposicion á ser vendada de los ojos. No obstante se le obligó á ello y pasó á la cama no sin persistir en su deseo de que le descubriesen el ojo no operado. Por la noche cuando fuimos á visitarla nos manifestó encontrarse bien del ojo, pero tan poco resignada á permanecer con el vendaje biocular que á nuestra presencia quiso retirarlo. Por segunda vez insistimos en que debia permanecer con él para obtener la curacion; sin embargo, así que nos retiramos sus deseos se redoblaron y á pesar de los consejos de la enfermera se despojaba de él amenudo, hablando desconcertadamente y en un estado de inquietud tal que produciendo alarma en la que la vijilaba hizo llamar al Dr. S. Fernandez. Examinado el ojo el hifema persistia pero los bordes de la herida permanecian unidos y la reaccion inflamatoria era escasa. La escitacion nerviosa era manifiesta, sus palabras y sus gestos lo revelaban, pues decia que se sentia desfallecer y que tenia la muerte próxima. Se la tranquilizó cuanto fué posible colocándole nuevamente el vendaje, más viendo que permanecia en la misma situacion y temiendo otro cualquier accidente cerebral determinamos al tercer dia descubrirle un ojo.

Hecho esto se restableció la calma, permaneciendo tranquila en el lecho hasta pasados unos dias en que se dió el alta. Esta enferma ha permanecido en la clínica hasta el 7 de Octubre en que redactamos estas notas y por más que hemos tratado de averiguar si habia antecadentes de locura en su familia, no se pudo esclarecer dato alguno, ni ella por su parte habia tenido manifestacion alguna.

En esta fecha el hifema habia desaparecido, la trasparencia

de los medios era absoluta, persistiendo escasa inyeccion conjuntival y ligera fotofobia.

### Observacion II.

D. F. F., natural de Cataluña de veinte y cuatro años de residencia en Cuba vecino de Cienfuegos y de cuarenta y siete años de edad se presentó en nuestra clínica el dia 11 de Junio de 1875 quejándose de no ver nada del ojo izquierdo: á la simple inspeccion y despues de dilatada la pupila por la atropina se comprobó una opacidad total del cristalino izquierdo de color blanco azuloso. Indicada la operacion se llevó á efecto el dia 24 de Junio practicando una incision querática inferior con iridectomia y sin otro incidente notable que la salida de alguna cantidad del vitreo. Colocado el apósito y llevado el enfermo á la cama donde debia permanecer no acusó molestia alguna durante los primeros veinte y cuatro horas y cuando levantamos el apósito encontramos los lábios de la incision unidos y ligera reaccion por parte de la conjuntiva. Cuando pasamos la visita por la mañana recordamos que el enfermo permanecia silencioso, lo cual no nos llamó la atencion, y lo atribuimos á tristeza.

Al medio dia, durante la consulta vimos con sorpresa presentarse en el gabinete á este enfermo con el apósito en la mano, pálido y sumamente impresionado. Lo primero que se nos ocurrió fué lo de una quimera con el enfermero, por lo que ántes de interrogarle reprendimos severamente á éste. El enfermero se apresuró á manifestarnos que no habia tenido el menor desacuerdo con el enfermo, que desde el dia anterior no cesaba de indicar su deseo de marcharse y que entónces, despues de un momento como de arrebato se habia quitado la venda y echado á andar sin atender á razones ni al impedimento que le pusiese para marcharse.

Interrogando al mismo paciente dijo que no le trataban mal y que nadie le habia ofendido; pero que no podia permanecer más fuera de su casa y que se marchaba. Despues de mil reflexiones logramos subirlo á la habitacion y colocarlo de de nuevo en la cama, pero no habia pasado una hora cuando el enfermero bajó á darnos cuenta de un nuevo ataque, caracteri-

zado por una gran escitacion nerviosa con tendencia decidida á abandonar la cama para volver á su casa. Avisada su familia y habiendo venido su esposa á acompañarlo permaneció aún en el mismo estado y el Dr. Arango que pasó á examinarlo no le encontró fiebre ni esplicacion alguna á ese delirio, pues no habia antecedentes alcohólicos ni de vesanias en su familia, delirio caracterizado por una especie de temor tal que se abrazaba á su esposa pálido y tembloroso como si tuviera un gran miedo manifestando constantemente su deseo de volver á su hogar. Al dia siguiente, tercero de la operacion, el estado del ojo habia cambiado desfavorablemente pues ni un solo momento habia sido posible mantener el vendaje. Viendo que nada era capaz de calmar ese estado de escitacion resolvió su esposa trasladarlo á la casa donde paraba en la Habana, pero como su deseo era pasar á Cienfuegos donde tenia su morada, persistió su inquietud aunque no en tanto grado, pero lo suficiente para aumentar los síntomas inflamatorios presentados en el ojo que se agravaron con un golpe recibido en él terminando por atrofia. Este enfermo volvió más tarde al punto de su residencia y despues de algun tiempo cuando lo volvimos á ver se encontraba en estado normal.

### Observacion III.

D. J. A., natural de la Florida de 84 años de edad, y antiguo capitan de ejército vino á la consulta el dia 3 de Octubre de 1876 y nos refiere que hace dos años empezó á disminuírsele la vista gradualmente encontrándose en la actualidad sin poder leer ni escribir distinguiendo con dificultad las fisonomías. Practicado el exámen oftalmoscópico se comprobaron opacidad, en ambos cristalinos que fueron privándole de la vista cada dia hasta el 5 de Enero de 1877 que le permitian apenas conducirse. Este enfermo por su conversacion tardía, por la frecuencia con que perdia el hilo de ella, su andar lento y la facilidad con que se quedaba dormido revelaba los efectos de su edad avanzada. Deseoso de recobrar la vista no cesaba constantemente de pedirnos la operacion y nosotros rehusamos practicarla por temor de que su naturaleza no tuviese las fuerzas suficientes para

una buena cicatrizacion de la queratolomia que necesariamente habia que practicarle.

Cediendo á los desos tan justificados del enfermo nos resolvimos á practicarla en la mañana del 15 del citado mes. Concluida la operacion puesto el apósito y conducido á su cama fué inútil recomendarle la quietud que en ella debia guardar; sin acusar dolor ni molestia alguna en el ojo no permaneció en la posicion prescrita ni un instante. En vano la persona que tenia á su cabecera le intimaba la quietud. Se volvia de un lado á otro y las más de las veces se colocaba boca abajo despojándose de la venda.

Este estado de intranquilidad se aumentó cada dia de tal modo que apénas se alimentaba, pues cuando se le ocurria pedir tal ó cual alimento y se le traia lo tamaba quejándose á los diez minutos que lo dejaban morir de hambre y nada le proporcionaban y lo tenian abandonado. Los bordes de la incision de la córnea que empezaron á unirse en la primeras veinte y cuatro horas se entreabrian y la supuracion del pequeño colgajo practicado se presentó y fué lentamente aumentando hasta la destruccion total de esta membrana. En tal situacion lo llevaron de la clínica sin acusar sufrimiento, pero en un estado que pudiéramos llamar demencia senil.

### Observacion IV.

D. S. V., natural de Barcelona con 67 años de residencir en Cuba y 75 de edad, vecino del Departamento Oriental, de donde tuvo que emigrar á consecuencia de la guerra y no sin perder su fortuna, miembros de su familia y personas de cariño, presentaba una catarata en el ojo derecho operada á colgajo seis ú ocho años atrás y una opacidad total del cristalino en el izquierdo. Achacoso, pues se quejaba á menudo del estómago, afectado de temblor senil, demostraba un apocamiento tal que la menor noticia desagradable le impresionaba vivamente repitiendo á cada paso que se moria. Su familia y muy especialmente sus hijas atribuian su estado á la falta de vista en el izquierdo y deseaban operarle para que recobrase la calma perdida desde que abandonó su antigua residencia. Permanecíamos mucho tiempo escusando la operacion hasta que mejorado

su estado general en Noviembre de 1875 cedimos á los deseos de su familia, practicando la operacion el dia 23 del mismo mes en union de los doctores Le Roy y Valdespino. Esta se llevó á efecto sin haber fijado dia y hora á fin de no preocupar al enfermo y se hizo con la mayor brevedad posible por la misma razon. No hubo en ella accidente que lamentar. Fué traslado á su cama vendado y allí empezó la lucha. Ninguna posicion le acomodaba, nadie hacia lo que deseaba. Sentia frio por más abrigo que tuviera constantemente quejándose sin que fijase lo que le dolia, se negaba á alimentarse; la aflixion que acusaba en época anterior se renovó con más intensidad.

La falta de quietud no podia dejar de hacer eco el ojo operado, cuya conjuntiva bulbar inyectada y con tendencia al quémosis anunciaba complicaciones internas, aunque los labios de la incision se hallaban perfectamente adheridos; afortunadamente no sucedió así aunque los síntomas conjuntivales persistieron muchos dias, durante los cuales el estado general del enfermo se hizo alarmante. Una fiebre intensa acompañada de delirio nos obligó á encargar su asistencia á otro profesor que felizmente logró restablecerlo y al mes y medio, cuando abandonó el lecho habian desaparecido los síntomas oculares; indicándole los anteojos convenientes.

La agudeza visual que no pudimos precisar por la ansiedad y malestar ya descritos y que persistian en igual grado debia haber sido la más perfecta que en esa edad podia apetecerse, dado el estado del ojo despues de la operacion, pero en nada cambió la situacion del enfermo, ántes al contrario sus achaques y su excitacion nerviosa se aumentaron y á los nueve ó diez meses tuvimos noticia de su fallecimiento.

### Observacion V.

D. J. O., abogado de estado soltero, natural de la Habana y de 64 años de edad vino á nuestra consulta el 8 de Enero de 1877 y fué inscrito en el número 3,768 de nuestro registro clínico.

Nos refiere que hace tres ó cuatro meses empezó á notar disminucion de la vista del ojo izquierdo y hace pocos dias del derecho. Examinados ámbos ojos prévia dilatacion de la pupila, diagnosticamos catarata completa del izquierdo, incompleta del

derecho. Dispuesto á operarse del izquierdo se le ordenó un colirio de atropina para usarlo cada dos dias, Al poco tiempo de habernos consultado se le presentaron los síntomas siguientes: desviacion de la boca al lado derecho parálisis del brazo izquierdo y torpeza de la lengua, sin pérdida de conocimiento, durando estos fenómenos más de una hora, que nosotros calificamos de congestion cerebral pasajera y un profesor sospechó fuesen debidos á la atropina. Como este estado desapareció y existia alguna astriccion de vientre nos limitamos á presentarle los colomelanos en dósis purgante.

Acortándose cada dia la vista del ojo derecho se llevó á efecto la operacion del izquierdo el 1° de Mayo. La incision necesaria para extraer la catarata, se practicó en el limbo córneo-esclerotical, á lo cual atribuimos, asi como á su naturaleza algo gastada la demora en desaparecer la inyeccion conjuntival próxima á la incision. No obstante, los medios del ojo se conservaban en perfecta trasparencia; más como el enfermo, persona laboriosa, permaneciese por espacio de dos meses en casa sin atender á su oficina de la Audiencia llego á inquietarse, contribuyendo á ello las ideas que le asaltaban de que no podia ejecutarlo á pesar de la operacion.

Así que los fenómenos por parte del ojo desaparecieron volvió á su despacho que no pudo desempeñar porque aquella intranquilidad se convirtió en tristeza tal que « sentia venir la muerte de un momento á otro, » insomnios rebeldes é inapetencia completa. Durante un mes permaneció en este estado que al fin fué desapareciendo gracias á que la vista se iba cada dia perfeccionando y á que le hicimos salir de la Habana ordenándole algunos tónicos.

### Observacion VI.

D. T. S., presbítero, natural de Puerto Príncipe y de 65 años se presentó en la consula el 5 de Febrero del presente año, siendo inscrito en el número 5,270. Nos cuenta que desde el año 68 empezó á perder la vista poco á poco, y sin dolores primero del ojo derecho y luego del izquierdo no pudiendo leer ni escribir desde el 71. Fué diagnosticado de Cataratas completas en ambos ojos y propuesta su operacion. Esta se practicó en Abril 2

sin accidentes. Colocado en su cama con el apósito conveniente pasó el primer dia sin novedad, pero á la siguiente visita nos dijo que no habia podido descansar á pesar de variar de posicion sintiendo cada vez que empezaba á domirse una sensacion como de susto. No aquejando dolor en el cuerpo, ni en el ojo, habiendo comido bien y sin sufrir molestia de ninguna clase nos dijo que santia « inconformidad » tan grande que no sabia á que poder atribuirlo. Dijo entónces que era muy nervioso y que como aficionado á la homeopatía creia que tomando unos glóbulos se tranquilizaria. El doctor Santos por no contrariarlo y juzgando tales fenómenos de orígen nervioso se lo toleró por más que no diese ninguna importancia á tal tratamiento, logrando el enfermo quedar tranquilo y poder dormir; hasta hoy 20 dias despues de operado no se ha presentado otro accidente y el enfermo ya sin venda empieza á hacer uso de la vista que ha recobrado.

La segunda operacion se le practicó el 5 de Mayo sin discision de la cápsula y sin accidente digno de mencion, ántes ni despues de operarse. Debemos consignar que el enfermo se preocupaba poco en el acto de la operacion y despues de ella, lo que puede atribuirse á que teniendo asegurado la vista del derecho no tenia probabilidades de quedar ciego.

### Observacion VII.

D. N. N., religioso de 65 años de edad y de vida ascética nos consultó por primera vez en el mes de Fedrero de 1875 para su padecimiento de la vista que consistia en cataratas de ambos ojos. La del lado derecho habia sido operada dos años antes, sin estraccion de la totalidad de la cápsula y esto le producia deslumbramientos en presencia de la luz.

En Marzo del mismo año practicamos la estraccion sin accidentes en el ojo derecho, en presencia de varios profesores. Aplicado el apósito de costumbre fué trasladado de la cama de operacion á aquella en que debia permanecer.

Una ligera tos, tal vez nerviosa, indujo á uno de los compañeros á ordenarle una pocion *ad hoc* y ántes de retirarnos advertimos al enfermo que sobre el velador quedaba y que el enfermero se la administraria á las horas prescritas.

Nuestro buen religioso creyendo estar más en consonancia con sus prácticas administrarse la pocion sin molestar al enfermero estendió la mano sobre el velador, se apoderó del frasquito que contenia un colirio de atropina, cinco centígramos por diez granos de agua y se lo tomó íntegro.

Un momento despues, cuando pasamos á visitarlo nos manifestó haber tomado una dósis del medicamento prescrito, pero como viésemos la botella aún con la cubierta de la Farmacia nos dirigimos en seguida al trascrito del colirio y lo hallamos vacío. Desde luego nos dimos cuenta de lo ocurriconformándonos en ello la sensacion de amargor que dijo haber experimentado al tomarlo.

Nos encontrábamos, pues en frente de un envenenamiento por la atropina que no sabíamos los límites á que podia estenderse.

Con el disgusto que es consiguiente pasamos un aviso al Dr. Bango con quien le asistíamos y de comun acuerdo dimos principió á la administracion del antídoto, en una bebida compuesta.

| | |
|---|---|
| De yoduro de potasio. . | 0,40 centígramos. |
| Yodo puro. . . . . | 0,30 idem. |
| Agua. . . . . | Un litro. |

Fué preparado con la mayor brevedad empezándose á administrarla por medios vasos. No habia transcurrido tres horas de haberse tomado el colirio, cuando nuestro enfermo habia perdido por completo la razon.

El primer síntoma que se advirtió fué la tendencia á descubrirse y arrojar las sábanas, despues se incorparaba con frecuencia empezando á pronunciar palabras incoherentes. Despues en completo delirio manifestaba deseos de pasar á la sacristia tomando los pilares de la cama como puertas de entrada; en vano se trataba de disuadirlo, pues se enfadaba y terminaba por hacerse agresivo. Hubo necesidad de tenerle sujeto por tres personas y como no quisiera estar en la cama aprovechamos esto para tenerlo paseando de un lado á otro. La única manera de tranquilizarlo y de abtener que tomase los medicamentos era la de estar continuamente rezando en su presencia.

Innumerables rosarios y letanías rezaron los asistentes du-

rante una noche que duró el delirio y que el los acompañaba con algunas interrupciones en que deseaba siempre pasar á la Iglesia.

A las ocho de la mañana del dia siguiente, despues de doce horas de delirio, logramos se tranquilizase y permaneciese acostado; habiendose quedado dormido, cuando despertó á las diez de la mañana proximamente ya respondia con lucidez á las preguntas que se le hicieron, aunque no daba absolutamente cuenta de lo que habia pasado. Levantamos el vendaje, que gracias a los que le vigilaban no pudo arrancárselo y hallamos con sorpresa que el ojo no habia sufrido alteracion alguna. Transcurrieron tres ó cuatro dias sin accidentes en el ojo operado ni otra manifestacion de su estado general y habiendo deseado pasar al convento le fué concedido. Allí, tal vez demasiado celoso de sus prácticas se consagró á ellos con asiduidad declarándose una iridocoroiditis tan intensa que más de una vez perdimos la esperanza de poderla combatir; sin embargo, nuestra enfermo salió tan victorioso de ese accidente como del envenenamiento, pues terminó por curarse y obtener una agudeza visual asaz buena del ojo operado.

Ahora bien ¿que utilidad practica podemos sacar del estudio de los casos citados.

1° Que los individuos de avanzada edad o que presenten un estado senil manifiesto no deben ser operados de un ojo miéntras del otro tengan vista.

2° Que todo individuo por anciano que sea ciego de catarata debe ser operado aun cuando nos espongamos á manifestaciones cerebrales, pues, de no hacerlo el estado en que le coloca la falta de vista le espone á la presentacion de estos mismos fenómenos.

3° Que para evitar la presentacion de tales fenómenos cerebrales debidos las más de las veces á la impresion moral los enfermos deben estar rodeados de toda clase de halagos antes y despues de la operacion.

4° Que aunque estos trastornos cerebrales se observan tambien en la práctica médica sin que haya tenido lugar la operacion de la catarata, conviene tenerlos presentes, pues no es difícil admitir que la citada operacion tenga marcada influencia en producirlos ó evitarlos.

5° Que la atropina puede dar lugar al delirio despues de la operacion de la catarata ya absorviéndose por los puntos lagrimales, lo cual ha ocurrido, ya rodándose á la boca ó ya como aconteció en el caso citado tomándola por equivocacion.

## CAPITULO XXI

### Cuerpos extraños de la cámara anterior del ojo, su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

---

Los cuerpos estraños de la cámara anterior, por la importancia de la region en que se alojan, merecen ser estudiados aisladamente, como nos proponemos hacerlo en estas líneas.

*Historia.* — A Yvert (1) ocupándose del traumatismo, de la heridas y de los cuerpos estraños del globo del ojo dice : « Es necesario confesar en verdad que las observaciones referentes á lo que podemos llamar propiamente cuerpos estraños de la cámara anterior son poco numerosas ». Asegura no haber visto señalado un solo caso en su estadística de 1875, siendo así que constaba de 5,465 enfermos, de los cuales 342 habian sido diagnosticado de traumatismo. En la clínica oftalmológica del Dr. Galezowski en Paris, durante diez meses observó un solo caso, pudiendo afirmar no haber obtenido más que una observacion en 10,000 enfermos de los ojos. Desmarres los cita como casos escepcionales y en las páginas que hemos hojeado á este propósito solo hallamos tres

(1) *Recueil d'oftalmologie*, Abril 1877.

observaciones, además de la que hemos mencionado de Mr. Yvert.

La primera publicada en los Anales d'oculistic por Dixon James (t. 22, p. 17). La segunda en la *Klínic Monastblateque* por Somisch (t. 3, p. 46) y la tercera en la *Gazette des Hopitaux*, por Weker (1866 nº 92). Nosotros los hemos observado dos veces en 5,750 enfermos de los ojos inscritos en nuestra clínica, y ni una sola vez durante tres años en la del Dr. Galezowski, ni en la de Delgado Jugo, de Madrid, en todo un año.

*Division.* — Las anteriores citas se refieren á los cuerpos estraños de la cámara anterior venidos del esterior, pero como órganos intrínsecos del ojo pueden constituirse en cuerpos estraños de la cámara anterior nos parece conducente la siguiente division.

1º Cuerpos estraños procedentes del esterior del ojo, y 2º cuerpos estraños procedentes del interior.

A. Los primeros son pequeños fragmentos ó partículas lanzadas con impulso, por una esplosion ó por un instrumento cualquiera.

B. Los segundos se refieren á cristalinos luxados y pasados á la cámara anterior.

Ocupémonos de los primeros.

## I.

*Etiologia.* — Estos fragmentos ó partículas lanzados con más ó ménos fuerza pueden ser de piedra, y ocurre en los picapedreros, como se vé en dos de las observaciones citadas y en una de las nuestras, ó de, acero etc., y tiene lugar en los forjadores de metal, como aconteció

en uno de los casos de que haremos mencion, ó finalmente fragmentos de capsula de fuminante, á que se refiere la observacion de Dixon James.

*Sintomatologia.* — El individuo esperimenta á veces un dolor tan intenso en el ojo afectado que se lanza por tierra ó lo cubre herméticamente con sus manos, hasta que aquel vá desapareciendo para quedar una sensacion de peso ó incomodidad. Otras veces el individuo no esperimenta dolor, ni se dá cuenta del accidente, hasta despues que se le presente lagrímeo fotofobia y ligero dolor. La vista se enturbia algo, la conjuntiva bulbar se inyecta muy poco y el humor acuoso apenas pierde su trasparencia, su córnea presenta una opacidad por el punto de entrada del cuerpo estraño, pero puede faltar aquella como se verá en una de nuestras observaciones.

*Diagnóstico.* — El antecedente traumático y la presencia del cuerpo estraño, visible á la simple inspeccion, bastan para darse cuenta del hecho.

*Pronóstico.* — El pronóstico es grave si el cuerpo estraño ha permanecido mucho tiempo en la cámara anterior, pues, á la larga puede dar lugar á una flegmasia interna que amenace la vida del ojo. Si se estrae á tiempo el resultado es por lo general favorable.

*Tratamiento.* — Además de los antiflogísticos, que se ordenen con el fin de prevenir cualquier reaccion inflamatoria, la principal indicacion se dirige á practicar la estraccion del cuerpo estraño, pues, aunque pueden permanecer mucho tiempo sin ocasionar trastorno alguno, la menor contusion del ojo, la fatiga del órgano y cualquiera otra causa predisponente lo provocaria.

### Observacion I.

El pardo Irene Gonzalez, natural de Guanajay fué dirigido á la clínica por el Dr. Mestre, el dia 14 de Agosto de 1875, de 41 años de edad, de buena constitucion y dedicado á las faenas agrícolas nos refiere que hacia tres dias al romper una piedra con un instrumento *ad hoc* le saltó algo á los ojos, produciéndole tal dolor que se lanzó por tierra. Pasado este se encontró con gran incomodidad en el ojo izquierdo y fotofobia. Desde el dia del accidente todas las noches sufre agudos dolores en el ojo y en la region superciliar del lado izquierdo. Cuando lo examinamos, solo habia ligera inyeccion en la conjuntiva bulbar; á la simple inspeccion se veian tres cuerpos estraños en la cámara anterior, dos de ellos muy pequeños, pero ninguno mayor que la cabeza de un afiler de los comunes; su color blanquecino parecia comprobar las sospechas de que fuesen partículas de la piedra que labraba. Estaban colocados casi en línea recta trasversalmente en el hemisferio inferior y en el ángulo que forma el iris con la córnea; si no unidos muy próximo uno á otro. Su estraccion estaba indicada, pero como llevarla á efecto. ¿Haciendo una queratotomia lineal en la parte superior para descender por la cámara anterior y aprisionarlos con las pinzas de iridectomia? Esto parece fácil proyectarlo, pero realizarlo tiene su peligros, tales como lesionar el iris, el cristalino ó la córnea sin que se logre el objeto. Intentar lo mismo por la parte inferior haciendo la queratotomia en el segmento de la córnea correspondiente á los cuerpos estraños como es indispensable, seria tambien espuesto sin iridectomia. Era, pues, necesario praticarla y la practicamos. Apénas separamos el cuchillo triangular empleado cuando tuvo lugar el hifema y los cuerpos estraños fueron oscurecidos. Entónces la seccion del iris era más indispensable aún para adquirir la certidumbre de haberlos arrastrado fuera. Llevada á efecto no pudimos ver los cuerpos estraños que quedarian ocultos por la sangre que cubria la conjuntiva bulbar. Colocado el mismo apósito que para los operados de catarata fué conducido á la cama donde permaneció tranquilo. Durante la noche no sintió novedad y al dia siguiente cuando se le cambió el vendaje, los bordes de la herida

querática estaban perfectamente unidos. Dos dias despues apénas quedaban restos del hifema y á los siete dias se le dió el alta completamente bien.

### Observacion II.

Eduardo M. natural de Sevilla de 25 años de edad y obrero de la Maestranza de Artilleria, fué diagnosticado en la enfermeria del cuerpo, á cargo de el Dr. Chicoy, de cuerpo estraño de la cámara anterior, con cuyo diagnóstico lo dirigió á nuestra clínica. Nos refiere que hace tres dias trabajando en acero le saltó supone un fragmento en el ojo derecho, que esperimentó dolor y desde entónces tiene la vista turbia de ese ojo. Examinado atentamente, á la simple inspeccion y aún mejor á la luz oblícua se distingue un cuerpo estraño de color oscuro; situado on la cámara anterior y hácia la parte inferior de la periferia del iris y la córnea. Su longitud era de una linea y su grueso de media, estando al pacecer algo adherido al íris y el humor acuoso más turbio en su superficie que en lo restante de la cámara anterior. Su córnea presentaba á la misma altura del cuerpo estraño una opacidad que no era otra cosa que su puerta de entrada.

Dispuesta la operacion para el otro dia por la mañana, no pudo tener lugar y se trasladó para el siguiente, recomendándole continuase con la atropina que tenia prescrita en instilaciones. El 15 prévia cloroformizacion por el Dr. P. Muñoz se llevó á efecto, practicando una iridectomia en la misma region del cuerpo estraño y pudiendo obtener envuelto en la porcion de iris seccionada la particula de acero buscada.

Con igual vendaje que el anterior fué conducido á la cama donde estuvo algunas horas, sin que se le aliviasen los dolores que le quedaron despues de la operacion. Durante la noche persistieron, pero con ménos intensidad, hasta por la mañana en que casi habian desaparecido. Levantado el vendaje se vió todo en el mejor estado y continuando de este modo so le dió el alta tres dias despues. En 28 de Julio y en 6 de Agosto volvió á la consulta sin novedad y sin que el coloboma existente ofendiese en nada la vision binocular.

## II.

Los cuerpos estraños venidos del interior del ojo y que costituyen la segunda parte de nuestro trabajo se refieren como tenemos dicho á cristalinos luxados y pasados á la cámara anterior.

*Etiologia.* — Como es indispensable, para el paso del cristalino á la cámara anterior; que haya precedido una luxacion de aquel, los causas son: un golpe en el ojo, en la region periorbitaria ó en la cabeza, sobre todo si ha y alguna predisposicion, como la liquefaccion del cuerpo vítreo.

*Sintomatologia.* — Cuando el cristalino es trasparente presenta el aspecto de una gruesa perla y puede conservar algun tiempo su trasparencia. Cuando es una catarata, su volúmen es mucho menor y tiene el color propio de aquella. Rara vez al principio su presencia es tolerable sin fenómenos de irritacion; estos se traducen por inyeccion vascular subconjuntival y dolores en el bulbo y en la region superciliar que se estienden á la mitad correspondiente de la cabeza, su vision es imperfecta, pues, aunque el ojo queda en las mismas condiciones que otro operado de cataratas, el estorbo que ofrece el cristalino las más de las veces cubriendo la pupila, por una parte, y por otra, lo turbio del humor acuoso, la dificultan casi por completo.

*Diagnóstico.* — Es fácil á la simple inspeccion y teniendo en cuenta los antecedentes que suministra el enfermo.

*Pronóstico.* — Si el cristalino contrae adherencias con el íris ó la córnea, se desenvuelven inflamaciones que,

dando lugar á coroiditis plásticas ó al glaucoma determinan la pérdida del ojo. Si se mantiene libre puede permanecer algun tiempo, sin dar lugar á trastornos de consideracion, pero al fin el ojo termina por la amaurosis, se citan casos de absorcion de la çatarata en el humor acuoso (1).

*Tratamiento.* — En presencia de una luxacion del cristalino en la cámara anterior, se ha recomendado como primer tratamiento y en tanto que no haya síntomas inflamatorios la reduccion del cristalino de la manera siguiente: Dilatada considerablemente la pupila bajó la accion de la atropina se vuelve la cabeza del enfermo hácia atrás ó se le coloca en decúbito supino; tomando despues la cabeza entre las manos se le imprimen ligeros sacudimientos y una vez que el cristalino ha pasado á la cámara posterior se dá principio á las instilaciones de eserina para contraer la pupila manteniéndola así durante largo tiempo.

Este tratamiento que nos parece ineficaz, pues, aparte de la sensacion de peso y dolor á que á que dá lugar el uso continuado del miosico, puede provocar un estado inflamatorio, debe recurrirse primero al uso de la atropina y á los antiflogístico, pero si aquellos lo permitiesen debe intentarse la estraccion.

Considerando que un cristalino en la cámara anterior inutiliza el ojo para la vision y que si bien es tolerado largo tiempo sin accidentes, al fin estos tienen lugar, aconsejamos proceder en tiempo oportuno á la estrac-

(1) *Annales d'oculistique*, t. 12, pág. 37; t. 15, pág. 125.

cion, de la manera que lo hicimos en el caso que sigue:

Observacion III.

J. C. natural de la Coruña, con 18 años de residencia en la Isla y 36 de edad, fué inscrito en el número 3906 de la clínica, el 9 de Febrero de 1877. Refiere que cuando niño recibió un golpe en un ojo, pero que no sabe en cual de los dos fué, que, hace más de 10 años habiéndole disminuido la vista del izquierdo consultó al Dr. Morillas, quien le dijo que tenia una catarata y que se podia operar. Sus amigos le decian que tenia una cosa brillante en el ojo, pero nada le molestaba hasta hace siete dias que sintió dolores en el ojo y lado correspondiente de la cabeza; añade, que al levantarse hoy le digeron lucia más brillante lo que tenia en el ojo; esto y la presencia de los dolores le indujeron á consultarnos. Propuesta la operacion para el dia siguiente por la mañana no nos atrevimos á praticarla porque el cristalino habia pasado á la cámara posterior y el iris estaba contraidó. Le ordenamos la atropina y al medio dia se presentó nuevamente con la lente en la cámara anterior. Dispuesta la operacion la practicamos en union del Dr. Lopez Lazo, sin administrar el cloroformo como habíamos pensado, Hecha la queratotomia inferior y provocada inútilmente la salida de la lente por medio de ligeras presiones, recurrimos á la cucharilla de De Grœfe con que la aprisionamos y estrahimos. Pretendimos practicar la seccion del iris, pero la gran dilatacion de la pupila sólo nos permitió hacerlo en muy corta estension. Hubo ligera hemorragia conjuntival que dió lugar al hifema, mucho escosor pero ausencia de dolor en el ojo, ni fuera de él. Aplicado el apósito conveniente nuestro enfermo pasó á la cama donde permaneció tres dias, despues de los cuales recibió el alta quedándole solo escasa inyeccion conjuntival.

Observacion IV.

D. J. M. natural de Cádiz con 36 años de residencia en Cuba y 66 de edad se presentó en la clínica el dia 4 de Junio de 1877 y fué inscrito en el número 4521. Dice que hace 7 años siendo brigada al prender un malhechor recibió de éste un golpe en el

ojo izquierdo con la culata de un rifle; como consecuencia se le inflamó poniéndosele primero amarillo y despues morado; desde entónces empezó á perder la vista gradualmente de ese ojo sin esperimentar dolor alguno; no siéndonos posible el exámen oftalmoscópico nos limitamos á interrogarle á cerca de la percepcion luminosa que manifestó no existir. A fa simple inspeccion se veia el cristalino en la cámara anterior de un color blanco de cal, disminuido de volúmen y habiendo sufrido al parecer la degeneracion petrosa.

Este enfermo nos dijo ser sereno del barrio, vino á la consulta ébrio y con otro objeto y no el de curarse. Como nos llamase la atencion lo blanco del cristalino destacado del color oscuro del iris supusimos fuese este lo que lo traia á nosotros, pero él despues de contestar á nuestro interrogatorio manifestó estar conforme con su deformidád, pues, hacia mucho tiempo que la tenia y no la ocasionaba molestias,

Marchose de la clínica y segun las noticias que de él hemos tenido murió de tisis en el Hospital Civil.

### Observacion V.

N. G. Y. natural de Tarragona de 46 años de edad y con 32 de residencia en Cuba, fué inscrito en el número 5644, en 2 de Abril de 1878. Nos refiere que siendo quinto en 1844 recibió jugando con otro compañero un golpe en el ojo izquierdo. En el cuartel le aplicaron sanguijuelas á las apofisis mastoides, pero parece por su relacion que no hubo inflamacion consecutiva. No ha tenido nunca dolores en ese ojo. En la actualidad la vision se ha estinguido por completo y permanece aún en la cámara anterior la lente cristalina, de color blanco súcio y bastante disminuida de volúmen. La pupila aunque fisiológicamente sensible á los midriásicos, pasada la accion de estos se conserva bastante contraida.

*Resumen.* — De todo lo espuesto se deduce que los cuerpos estraños de la cámara anterior del ojo si proceden del esterior, y en tanto que no hayan causado destrozos al penetrar, ofrecen más esperanzas de salva-

cion para el ojo que los procedentes del interior. Estos como no producen dolores ni las molestias que aquellos, permanecen largo tiempo en el ojo y cuando se recurre al facultativo ya está la vision estinguida. Tal vez una intervencion oportuna colocaria el ojo en las mismas condisiones que el operado de catarata.

## III.

Con el titulo de cuerpos estraños de la cámara anterior del ojo, su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, publicamos en el pasado año y en el numero siete de la Cronica Médico Quirúrgica de la Habana (1) una memoria que hoy venimos á continuar con nuevos datos recojidos en nuestra propia práctica.

Al terminar el citado trabajo que constaba de cinco observaciones deciamos: « Los cuerpos estraños de la cámara anterior del ojo si proceden del exterior y en tanto que no hayan causado destrozos al penetrar, ofrecen más esperanza de salvacion para el órgano que los procedentes del interior. Estos no producen por lo general dolores ni las molestias que aquellos, permanecen largo tiempo en elojo y cuando se recurre al facultativo ya está la vista extinguida. Talvez una intervencion oportuna colocaria el ojo en las mismas condiciones que cuando se le opera de catarata (2). » Ambos convierten en un hecho cierto lo que deciamos entónces y el que

(1) Pág. 289.

(2) Los dos casos de que nos vamos á ocupar se refieren á cuerpos extraños procedentes del interior del ojo, esdecir, á cristallinos luxados y pasados á la cámera anterior.

corresponde á la primera observacion coloca el *tal vez* á que nos limitamos en una verdadera afirmacion pues la intervencion quirúrgica ántes que sobreviniesen síntomas inflamatorios devolvió á uno de los individuos la vision de que era susceptible. El otro se salvó de los progresos de una inflamacion interna y por consiguiente de la pérdida del bulbo ocular.

### Observacion VI.

M. C. natural de Cataluña, vecino de la calle del Refugio con 47 años de residencia en la Isla y 65 de edad fué dirigido por el Dr. Benassch á nuestra consulta el 26 de Abril de 1878. Miope desde niñó, hace quince años que empezó á percibir en el ojo derecho una sombrita que aumentando progresivamente le privó de la vista sin esperimenta dolor alguno. Hace de diez á once que le occurió lo mismo en el izquierdo, y tres años despues consultó á dos profesores que le dijeron tenia cataratas bastante pronunciadas.

Ya completamente ciego no tuvo novedad hasta ayer por la tarde en que habiendose dado un golpe en el ojo izquierdo con la esquina de una mesa creyó, dice, que se lo habia vaciado. Pasados algunos momentos advirtió con sorpresa que veia pudiendo andar sin tropezar por su habitacion; su asombro no tuvo limites y sin poderse dar cuenta del hecho permaneció recojido hasta el siguiente dia en que vino á consultarnos.

Nos refiere que cuando se haya en un lugar donde hay claridad vé *una gran luz* y cuando baja la cabeza que una nube le cubre la *niña*.

A la simple inspeccion se vé ligeramente inyectada lá conjuntiva bulbar en general con equimosis parcial hacia la parte externa. A los movimientos del ojo se observa temblar el iris y la pupila normal aunque perezosa á la accion de la luz.

Visto al oftalmoscópio sin midriasis comprobamos: opacidades diseminadas en el cuerpo vitreo al hacer mover el ojo de unlado á otro; no logramos percibir el cristalino que sospechábamos se enconbraba en dicho humor; atrofia coroidiana cons-

tituyendo el estafilona posterior propio de la miopia que como hemos dicho existia ; á distancia conservaba la vision de los operados de catarata si bien no nesecitaba de los anteojos convexos número que por regla general usan aquellos. En el derecho la opacidad del cristalino es completa y solo distingue, segun dice, los bultos.

Le ordenamos permanecer recojido unos dias, en la mayor quietud posible y lavase el ojo con un colirio astingente.

Desde el 26 de Abril de 1878 en que tuvo lugar el suceso que hemos referido hasta el 30 de Setiembre en que le volvimos á ver no habia tenido la menor novedad, sirviéndose para sus ocupaciones de la vista que le habia proporcionado tan raro accidente. En esta fecha vuelve ciego y angustiado á nuestra consulta, nos cuenta que á las siete de la mañana de aquel dia sentado en el sillico donde evacuó sin esfuerzos al inclinarse para buscar la tapa de aquel sintió dolor en el ojo y que la vision desapareció. Seis horas despues cuando le vimos observamos lo siguiente : en la parte más declive de la cámara anterior se percíbia el cristalino opaco, inmóvil y cubriendo por una de sus estreminades, la superior, la pupila que se presentaba contraida. Examinado á la luz oblicua natural y artificial nos pareció comprobar que no le envolvia la capsula. El humor acuoso, la córnea y demás partes del ojo no presentaban variacíon alguna. El enfermo se quejaba de dolor en el bulbo y en la regıon superciliar.

Temerosos de que los dolores que acusaba fuesen síntomas precursores de alguna inflamacion no apreciable todavia resolvimos proceder quirurgicamente de la manera más simple que fuese posible haciendo pasar nuevamente el cristalino al cuerpo vitreo donde ántes existia.

Cloroformado el enfermo no sin dificultad al principio, nos valimos de una aguja de las que se emplean en la discision de la capsula; despues de traspasar la córnea con dicho instrumento una ligera presion sobre la lente opaca fué suficiente para que la viesemos atravesar la pupila y desaparecer de nuestra vista.

Pasada la accion del anestésico y despertando el enfermo se encontró con la vista restablecida en el grado que la tenia en la

mañana del mismo dia que se le operaba y que habia tenido lugar el segundo accidente.

A consejéle esta vez como la anterior quietud, el decúbito dórsal y localmente un colirio de sulfato neutro de eserina.

El 14 de Enero de 1879, volvió á nuestra consulta con el fin de operarse el ojo de recho pero sin experimentar novedad en el izquierdo.

El 25 de Febrero curado ya de la extraccion de la catarata que se le practicó en el derecho recibió el alta haciendose notar en el ojo izquierdo el temblor del iris de que hemos hecho mension desde el principio.

### Observacion VII.

J. M. J. natural de Logroño, vecino de Márcoz Vasquez, con 14 años de residencia en Cuba y 21 de edad fué dirigido á nuestra consulta por el Dr. Casuso (D. Martin) el dia 14 de Octobre de 1878, y fué inscrito en el número 6376 del registro clinico.

Hace ocho años que no vé del ojo derecho debido, segun sus padres, á que tenia una catarata. Ignora la causa que se la produjo y asegura no haber padecido del ojo hasta hace un mes ó mes y medio que al levantarse de mañana notó una irritacion y molestia que aumentaron gradualmente hasta el punto de no dejarle descansar.

En la actualidad se observa inyeccion conjuntival, periquerática radiada é intensa, en la cámara anterior un cuerpo estraño que no es otra cosa sino el cristalino algo reducido de volúmen y de aspecto petroso; ocupa el tercio inferior de la cavidad dejando á descubierto parte de la pupila, esta no sufrió cambio bajo la accion de la atropina, al exámen minucioso con la luz oblicua no pudimos apreciar sí el cristalino estaba ó nó envuelto en su cápsula; con el oftalmoscópio no fué posible iluminar el fondo del ojo por la opacidad de los medios. La vision era tan escasa que apénas percibia los dedos de la mano.

Como los dolores le molestaban bastante fue necesario no perder tiempo y trasladado á la casa de salud de Garcici procedimos á la operacion como á las tres de la tarde y del modo siguiente.

Cloroformado desde las primeras inhalaciones de una mane-

ra rápida y completa, un ayudante hos entreabrió los prápados dos en tanto que con una aguja de las de discision traspasamos la córnea é hicimos presion sobre la catarata ; ésta ántes franquear la pupila hizo un movimiento de báscula que demostró hasta la evidencia estar desprovista de todo vínculo con el círculo ciliar.

Una vez en la cámara posterior la perdimos de vista y la pupila recobró su forma normal.

Al despertar y ser interrogado manifestó encontrarse mejor pues aunque aun le molestaba el dolor no era tan intenso ni sentia tanto estorbo en el ojo. Vendado convenientemente é instilada la atropina con un fin antiflogistivo le recómendamos escropulosamente el decuibito supino.

Permaneció en cama de cuatro á cinco dias sin aquejar dolores y habiendonos pedido el alta se la otorgamos recomendandole se cubriese el ojo mientras durase la rubícundez de la conjuntiva.

Al dia siguiente presentóse de nuevo en nuestra consulta, el cristalino habia vuelto á la cámara anterior, y refiriendonos que la noche pasada estando durmiendo despertó con dolor fuerte en el ojo y que por la mañana al quejarse le señalaron sus compañeros la novedad.

En vista de la ocurrido resolvimos practicar la extraccion que tuvo lugar el dia 19 de Octubre de 1878.

Cloroformado el enfermo no con la misma facilidad que la vez anterior aunque consumió mayor cantidad del anestésico practicamos un pequeño colgajo en el hemisferio inferior de la córnea con el cuchillo de Grœfe y ántes de llegar á su union con la esclerólica. Este tiempo de la operacion fué laborioso pues al mover la cabeza el enfermo se le escaparon los párpados al ayudante y estos se cerraron sin haber terminado el corte ; felizmente fué este regular y aunque sobrevino al punto prolaxus del iris y la cátarata se negaba á salir por la simple presion en la esclerótica se introjudo una cucharilla metálica que la arrastró hacia fuera. Reducida la hernia del iris y ajustados los labios de la herida se le aplicó un vendaje y fué conducido á la cama. Durante seis ó siéte horas se guejó de ciertos dolores en el ojo y cuando estos desaparcieron los remplazaron otros ménos

fuertes en la frente y sien. Una pomada de belladona laudanizada primero, y mas tarde un caustico curado con morfina bastaron para que desapareciesen por completo. En los tres primeros dias se observó edema periquerático poco intenso, los medios casi trasparentes y la pupila sensible á la accion de la atropina. La coloracion de la conjuntiva fué gradualmente borrandose, lo mismo que la fotofobia y el lagrimeo; el iris contrajo á pesar de haberse querido evitar pequeñas adherencias con los labios de la incision querática.

Qnince dias poco más á ménos despues de la operacion recibió el alta y se marchó á su pueblo.

La vision era escasa debida á un desprendimiento de la retina que debió existir desde época anterior.

## CAPITULO XXII

### Contribucion al estudio del pterigion.

La naturaleza del Pterigion ha sido desconocida durante mucho tiempo y cada autor la interpretaba de diferente modo hasta que Testelin y Warlomont, recurriendo al exámen histológico, obtuvieron como resultado de sus investigaciones que es una hipertrófia de la conjuntiva y del tejido celular subyacente.

Nada más fácil que diagnosticar el Pterigion cuando afecta su forma característica, y aunque los autores señalan casos en que ha podido confundirse con un tumor carcinomatoso de la conjuntiva, el *pannus* de la córnea, etc., no parece tan fácil que así sucedá, y solo al principio de su desarrollo cabe, si sus primeras manifestaciones no adoptan la forma que le distingue, dudar de si será una simple vascularizacion de la conjuntiva, un pingüécula más ó ménos vascularizado ó un verdadero Pterigion

Su marcha es por lo general lenta, y aunque á veces permanece años estacionado, tambien no es ménos cierto que se desarrolla otras tan rápidamente, como tuvo lugar en el caso que á continuacion expondrémos, y que puede probarnos la importancia de intervenir oportunamente.

OBSERVACION I.

R. R., de cuarenta y nueve años de edad, labrador y residente en Puebla-Nueva (Toledo), se presentó en mi consulta de enfermedades de los ojos y fué inscrito en el núm. 964 del Registro clínico. Este enfermo presentaba en la córnea del ojo derecho abscesos múltiples, ó sea una queratítis superativa que le privaba casi por completo de la vision. En el ojo izquierdo se veia un Pterigion en extremo desarrollado, de un espesor considerable y que ocupaba la mayor parte del hemisferio interno de la córnea, produciéndole gran incomodidad. Nos refiere que habia estado en Madrid con objeto de operarse hacía tres meses, cuando apénas le incomodaba la afeccion: que habiendo consultado á un facultativo, éste le dijo que no estaba de operar y que aún tardaria algun tiempo: que confiado se volvió á su pais, y aunque al mes empezó á incomodarle, no puso atencion, puesto que se le dijo tardaria algun tiempo en necesitar operacion. Molestándole ya considerablemente y estorbándole bastante para ver, se decidió á consultarnos, y en el exámen que hicimos encontramos lo que ántes dejamos expuesto, un Pterigion de casi todo el hemisferio lateral interno y que parecia haberse desarrollado totalmente en el espacio de dos meses.

Practicada la operacion por simple escision quedó, como es consiguiente en estos casos, una opacidad en la córnea, que hubiera podido evitarse extirpándole algun tiempo ántes, cuando no habia invadido aún aquella membrana trasparante.

Scarpa, Chelius y Velpeau consideran las inflamaciones crónicas de la conjuntiva ocular como la principal causa de está afeccion; Makenzie dice haber visto suceder el Pterigion á la oftalmía escrofulosa y á la catarral crónica, y Beer cree que un gran número de ellos deben su orígen á un cuerpo extraño de la conjuntiva; esto parece confirmárselo el hecho de que los enfermos por él asistidos eran obreros que, en su mayoría, se encuentran

en una atmósfera impregnada de cal, arena, etc., etc. Winthen asegura haber producido el Pterigion en los animales haciendo la ligadura de las venas ciliares al nivel de la insercion de los músculos rectos, y de aquí que el Pterigion resulta, segun él, de una hiperemia venosa consecutiva á una trombósis, á una estrechez ó á una obliteracion de las venas ciliares. Hippel y Storogeft emprendieron, sin embargo, las mismas investigaciones, y sólo obtuvieron resultados negativos. Arlt reconoce que tiene siempre por punto de partida una úlcera periférica de los bordes de la córnea: en esta la conjuntiva bulbar contrae adherencias, y atraida poco á poco, gracias á su laxitud, la cubre; una vez practicada la adherencia, sigue progresando el Pterigion, y obedeciendo á la tirantez adopta la forma lanceolar que le distingue. Esta explicacion, aunque ingeniosa, no satisface cumplidamente, pues si fuera siempre el orígen del Pterigion una úlcera no tendria sitio de eleccion, puesto que las úlceras ocupan diversos puntos de la córnea y hasta con más frecuencia el hemisferio inferior, donde se presenta el Pterigion rarísima vez. Laurence y Soelberg Wells dicen haber observado con frecuencia esta enfermedad en personas que habian habitado climas cálidos por largo tiempo (Las Indias). Makenzie, en individuos que habian vivido en las mismas regiones y en dos personas procedentes de las Antillas. Hineken refiere que es tan frecuente en las islas Maderas que ha merecido el epíteto de endémico; muchos campesinos y boteros se hallan afectados, y aunque no se operan y el mal interesa bastante la córnea, no ha visto ni oido decir que haya alguno

quedado ciego; atribuye su frecuencia á que usando una especie de sombrero sin alas, no ponen los ojos á cubierto del sol ni de sus reflejos. Desmarres dice que es frecuente en España y sobre todo en Italia. Wecker, contrayéndose á lo mismo: que, « en vano ha buscado « una causa fundada en qué apoyar la opinion de los « autores respecto á la frecuencia del Pterigion en los « climas cálidos. » Delgado Jugo, de Madrid, al anotar la obra de Wecker, se expresa así: « No podemos nosotros afirmar que en España sea tan comun el Pterigion, « al ménos por lo que respecta á nuestra práctica. En la « numerosa clínica particular que fundamos desde nuestra llegada á Madrid y en la más numerosa aún de la « Beneficencia Municipal que servimos actualmente, la « proporcion del Pterigion con relacion al número de « enfermos de los ojos es relativamente mínima. »

En efecto, así lo demuestra el estado general que de la clínica municipal se hizo en 1871 cuando practicábamos en ella: en 1.507 enfermos de los ojos solo hubo 5 afectados de Pterigion.

El que se hizo en época anterior (1869) arroja 8 casos en 1,438 enfermos.

Delgado Jugo añade en otro párrafo muy acertadamente: « Tal vez nuestra estadística no acredite la aser- « cion de los autores, á causa de que versa particular- « mente sobre la poblacion de Madrid y sus contornos; « el Pterigion es una afeccion que preocupa poco á los « enfermos hasta tanto que no perturba la vista y por « eso no somos consultados ordinariamente sobre esta

« enfermedad como sobre otras, por los moradores de « las demás provincias de España. »

Esto último es tan exacto que podemos patentizarlo con las notas recogidas en la clínica de enfermedades de los ojos que establecimos en la provincia de Toledo en 1874: en 1,000 enfermos afectados de los ojos observamos 77 casos de Pterigion.

Carreras y Arago, de Barcelona, en la reseña estádística de su clínica en 1875 dice: « El Pterigion que tiene « fama de ser muy comun en los paises meridionales, « dista mucho de serlo en el nuestro tanto como en otros « puntos de España, pues sólo se nos han presentado « 26 casos en 2, 459 enfermos, cifra mucho menor que « la observada proporcionalmente por Santos Fernandez « y otros en Andalucía. »

En la reseña de 1876 aperecen 41 para 2,443 enfermos.

Cuando nos ocupamos del Pterigion y dimos cuenta de los datos á que se refiere el Dr Carreras Aragó, no fué nuestro objeto demostrar con ellos su frecuencia en los paises meridionales, ni ofrecerlos en defensa de los que aseguran sea muy comun en los climas cálidos, solo nos propusimos contribuir al estudio de la nosografía geográfico-oftalmológica iniciada por el Dr Cohn, de Breslau, exponiendo lo que habíamos observado sin juicio preconcebido. Lo que hicimos entonces lo repetimos hoy al trascribir á continuacion lo que acerca del Pterigion hemos observado en los cuatro años que llevamos establecidos en la Habana.

En 5,379 enfermos de los ojos resultaron 98 indivi-

duos afectados de Pterigion y 138 el número de éstos; 67 pertenecientes al sexo masculino y 31 al femenino; 75 blancos, de los cuales 20 eran naturales de España, 36 de Cuba, 14 de Canarias, uno de las Baleares, 2 de la isla de Santo Domingo, uno de Venezuela y uno de Nueva-York; negros 18, de estos, 14 africanos y 4 naturales de Cuba; 4 mulatos y un chino.

En definitiva, nuestra opinion respecto á la etiología del Pterigion está en armonía con la de aquellos que atribuyen su orígen á toda causa irritativa de la conjuntiva bulbar y de la córnea. Si en nuestra estadística de la provincia de Toledo resulta un número subido de casos de esta enfermedad, debe atribuirse á que, llevada á efecto en un pueblo de campo, los enfermos en su mayoría labriegos y artesanos, se hallaban expuestos por su condicion á las citadas irritaciones.

En la mayoría de los casos el Pterigion es único, y aunque se observan con frecuencia dos, uno en cada lado, es bien raro ver más de uno en un sólo ojo. Beer ha encontrado en 376 casos, dos dobles y uno cuádruple; se extendian hasta el centro de la córnea y los enfermos se hallaban casi completamente ciegos. Wardrop hace mencion de un recien nacido en que se veian dos sobre cada ojo. Cunier, otro en que existian 4, y Velpeau un tercero en que observó 5. — Nosotros en 98 asistidos en la Habana hemos tenido un solo caso de Pterigion doble en cada ojo, y, en España en 77 tuvimos otro, de que daremos cuenta á continuacion, por parecernos interesante bajo el punto de vista de la extension que ámbos presentaban.

OBSERVACION II.

P... F..., natural de Espinosa del Rey (Toledo), labrador, de 73 años de edad y de regular constitucion, se presentó á nuestra consulta el dia 20 de Mayo de 1874, acusando la pérdida casi total de la vision en ámbos ojos. Examinándole encontramos ámbas córneas cubiertas de una capa membranosa, tal que se nos hacia difícil creer fuese debida á la afeccion que nos ocupa y no nos hubiésemos persuadido de elo si esa capa membranosa no hubiese estado más estrecha hácia el centro de la córnea, donde se habian unido los dos vértices del Pterigion.

Invertidos los párpados no encontramos señales de ninguna afeccion granulosa, que fué de lo que á primera vista nos pareció se trataba.

Practicada la escision en ámbos lados, marchóse el enfermo sin que hayamos podido saber hasta qué punto habia recobrado la córnea su trasparencia.

El lugar que ocupa el Pterigion es tal que corresponde á uno de los músculos rectos; se le encuentra con más frecuencia al lado interno, pues es su sitio de eleccion. Obsérvasele algunas veces al lado externo; pero tan pocas que en 1,507 enfermos de la clínica municipal de Madrid, se presentó dos veces y en otros 1,438 ninguno. En más de 4,000 de la de Galezowski no recordamos haberle visto, si bien en 5,379 de la nuestra en la Habana le hemos encontrado seis veces, habiéndose presentado 132 en la interna.

Middlemore en 105 operados halló 100 internos, uno superior y 4 externos. El mismo autor fija el órden de presentacion del Pterigion en el órden siguiente:

1° Un Pterigion en un ojo, ocupa por lo general el ángulo interno.

2° Un Pterigion en cada ojo, el ángulo interno.

3° Dos Pterigion en un solo ojo, uno interuo y otro externo.
4° Un Pterigion en un ojo en el ángulo interno, otro Pterigion arriba ó abajo.

Debemos señalar que los seis que hemos observado en la parte externa se han encontrado en cuatro negros; tres de éstos nos consta que han estado siempre consagrados á las rudas faenas agrícolas del país, y no decimos los cuatro, porque de uno de ellos no tenemos entera certidumbre. De los cuatro uno los tenia en ámbos ojo y tambien en la parte interna; otro, y pertenecia al sexo femenino, en la parte externa de los dos ojos solamente y dos de los mismos negros presentaban uno externo en un solo ojo.

Schmit hace mencion de uno que simulaba perfectamente el recto superior, así como otro de los observados por Middlmore y dos operados por Travers, el uno en un hombre y el otro en una mujer.

La forma lanceolar, triangular ó trapezoidal es en la mayoría de los casos bien manifiesta, sobre todo cuando ha invadido la córnea y, sin embargo, los lados y el vértice carecen algunas veces de regularidad. Weller da cuenta de uno que presentaba una bifurcacion notable en su vértice, y el caso citado por Velpeau de cinco en un mismo ojo es de sospechar que fuese debido á la bifurcacion de uno de ellos. Nosotros hemos observado que cuando el Pterigion es externo y muy especialmente si existe aislado, no guarda con exactitud la forma que le caracteriza. Desmarres dice haber visto en un anciano un Pterigion interno cuyo ancho sobre la córnea era

igual al de su base, y por consiguiente cubria todo el hemisferio interno de aquella.

El Pterigion se encuentra en todas las edades de la vida, pero es mas frecuente en la madura. Tavignot le ha visto en jóvenes. Velpeau le ha observado en niños de 8 años y Wardrop en un recien nacido.

He aquí el órden en que le hemos encontrado. En España 77 casos de Pterigion en 1,000 enfermos estaban distribuidos de la manera siguiente:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| De los | 80 á 70 | años | un | caso |
| » | 70 á 60 | » | diez | » |
| » | 60 á 50 | » | diez y siete | » |
| » | 50 a 40 | » | trece | » |
| » | 40 á 30 | » | cinco | » |

En las tres decenas que siguen, ningun caso.

En la Habana 138 casos se repartían del modo siguiente:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| De los | 80 á 70 | años | cuatro | casos |
| » | 70 á 60 | » | once | » |
| » | 60 á 50 | » | ocho | » |
| » | 50 á 40 | » | veintitres | » |
| » | 40 á 30 | » | veintiocho | » |
| » | 30 á 30 | » | veinte | » |
| » | 20 á 10 | » | cuatro | » |

Es de notar que en nuestra estadística de España la mayor cifra corresponde á los individuos de 50 á 60 años, mientras que en la de la Habana á los de 30 á 40. Hay que indicar igualmente que en las dos primeras decenas de la vida no hubo ni un solo caso en la Península, en tanto que en la segunda decena se apuntaron cuatro en la Isla.

Difícil sería averiguar la causa de esta disparidad; pero tal vez pudiendo descender á la filiacion de cada uno de los inscritos, el hecho ofreceria una solucion, si no cierta, algo más satisfactoria.

Esta primera decena solo contiene cuatro individuos; uno del sexo femenino y tres del masculino, dos blancos y dos mulatos. Las edades han sido las de diez y nueve, diez y ocho, diez y siete y catorce años. En el más jóven de estos enfermos coincide la circunstancia de ser la persona de menor edad en que hemos observado el Pterigion, y como tiene sobre los otros tres que se le aproximan el interés de presentar el Pterigion en condiciones de que no pudiese caber duda de que lo era, nos permitirémos apuntar su historia para terminar estos renglones.

### Observacion III.

Eleusipo, mulato, natural de Bayamo, de 14 años de edad, se presentó á nuestra consulta el 28 de Agosto de 1878 y fué inscrito en el núm. 6,202 del Registro clínico. Segun refiere, hace seis meses que empezó á notar una mancha, dice, en el blanco del ojo; hoy aparece ésta semejante al nacimiento de un Pterigion, si bien á primera vista no ofrece la forma de aquel; de cerca y haciendo mirar al ojo hácia afuera se destacan perfectamente sus caractéres y no se le confunde con esas vascularizaciones de la conjuntiva, que si bien pueden ser el orígen del Pterigion, no siempre se tiene la ocasion de seguirlas por largo tiempo para adquirir plena conviccion. Inspeccionado con el lente no queda duda que se trata de un Pterigion, y como tal, proponemos al paciente la operacion. Esta la rehusa, por ahora, aplazándola para más adelante.

## CAPITULO XXIII

**Algunas consideraciones sobre las enfermedades de los ojos en las diversas razas que habitan la Isla de Cuba.**

---

La Isla de Cuba es uno de los paises que en ménos territorio contiene mayor número de razas, asi como de mestizos resultante de las mezclas de las mismas.

Ocupada la Isla hasta 1492, época en que la descubrió Colon, por los indios al parecer sus primeros moradores conserva aun en el departamento oriental si no individuos de la misma raza, por lo ménos originarios directos que retienen siquiera sea imperfectamente vestigios de ella. Poblada despues por los españoles, la raza blanca llego á predominar y hubiera sido la única en este suelo al desaparecer la indígena, si las mismas causas que la hicieron desaparecer no hubieran exigido la colonizacion negra de la costa de Africa. Desde 1740, acuerdos internacionales dieron por reprobada esta clase de colonizacion; no dejó por esto de continuar hasta época reciente, si bien en menor escala, y ultimamente ha sido sustituida por la Asiatica ó China que nunca ha podido prestar á la agricultura los servicios que la anterior.

Los mestizos conservando rasgos de cada una de las razas de que proceden forman individualidades dignas de estudio; además encontramos en el territorio de la

Isla, representadas la mayor parte de las naciones europeas de una manera más resaltante que en otros paises donde la gran estension del continente no permite apreciar sus efectos, Mas aun, todas las provincias de la Peninsula ibérica, así como las Baleares y las Canarias se señalan aquí ofreciendo pues un objeto de estudio, muy especialmente los que conservan caracteres más o ménos destacados de un orígen que noha sido siempre bien precisado.

No siendo nuestro propósito estudiar las variedades que imprimen en las enfermedades en general, el clima y la raza que hemos m ncionádo, nos circunscribiremos á bosquejar simplement las que ofrece un solo órgano, le de la vísion.

La tarea no es tan fácil ni fecunda en resultados si se atiende á las dificultades, conque hay que luchar para conseguir que las estadísticas sean eco fiel de los hechos, que comprueben nuestras conjeturas ó por el contrario vengan á desvanecer conceptos creados a la sombra del deseo de armónizar las causas con los efectos. Sin embargo quien busca la verdad con la observacion, no se engaña nunca, quien transcribe los hechos tal como se han presendado podrá equivocarse en las apreciaciones pero ellas quedan en pié para que un segundo observador las rectifique o apoyado en ellas mismas, niegue la certeza de las deducciones. Fundados en este criterio, hemos formulado nuestras investigaciones basadas en el exámen de 3,827 enfermos de los que 3,142 pertenecen a la raza blanca, 452 á la negra, 52 á la amarilla y 181 mestizos segun puede verse en el siguiente cuado (n° 1).

## CUADRO DE LAS ENFERMEDADES DE LOS OJOS SEGUN LAS RAZAS Y NACIONALIDADES

CUADRO Nº 1. AFECCIONES.

| Raza y Nacionalidades. | | | Vias lagrimales. | Esclerotica. | Párpados. | Musculo nerviosos. | Conjuntiva. | Cornea. | Iris. | Cristalino. | Cuespo vitreo. | Coroides. | Retina y nervio optico. | Retraccion. | Acomodacion. | Globo ocular. | Orbita. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RAZA BLANCA. | Peninsulares. 920 | | 44 | 3 | 56 | 22 | 154 | 221 | 49 | 144 | 18 | 23 | 156 | 85 | 13 | 30 | 2 |
| | Insulares. 1,980 | | 49 | 9 | 166 | 97 | 398 | 522 | 55 | 263 | 30 | 61 | 168 | 251 | 45 | 57 | 3 |
| | Canarios. 162 | | 13 | 1 | 9 | 4 | 28 | 39 | 7 | 33 | 2 | 5 | 29 | 8 | 2 | 6 | 3 |
| | Europeos. | Latinos. 30 | 1 | » | » | » | 8 | 7 | 1 | 4 | 1 | » | 5 | 3 | » | 1 | » |
| | | Anglo-sajones. | » | » | » | 1 | 2 | 2 | » | 4 | » | » | 3 | 3 | 2 | » | » |
| | Americanos. | Latinos. | 1 | » | » | » | 5 | 2 | 3 | 3 | » | 4 | 4 | 3 | » | » | » |
| | | Anglo-sajones. | » | » | » | » | 2 | 3 | » | 2 | » | 2 | » | 2 | » | » | » |
| MESTIZA. | Pardos. 181 | | 2 | 7 | 5 | 8 | 36 | 71 | 6 | 10 | 1 | 2 | 25 | 11 | 2 | 2 | 1 |
| NEGRA. | Negroscriollos. 352 | | 6 | » | 15 | 14 | 36 | 140 | 12 | 26 | 4 | 11 | 70 | 12 | 9 | 21 | 2 |
| | Africanos. 100 | | 1 | » | 5 | 2 | 12 | 19 | 1 | 22 | 1 | 8 | 32 | 2 | » | 3 | 1 |
| AMARILLA. | Chinos. 52 | | » | » | 3 | » | 12 | 23 | 1 | 2 | » | 1 | 4 | 1 | » | 5 | » |

Tres puntos principales han llamado nuestra atencion durante el corto espacio de tiempo que llevamos de ejercer la profesion en la Habana.

1° Las afecciones del canal nasal mas frecuentes en los blancos que en los negros.

2° La miopia escasa ó no observada en los negros y la hipermetropia más frecuente en los naturales del pais.

3° La frecuencia de los afecciones de la conjuntiva y de la córnea en los asíaticos ó chinos.

## I.

Las sospechas, de que las afecciones de el aparato lagrimal estuviesen en relacion con la raza del individuo enfermo no data de hay. Furnari, en 1845 al ocuparse de la fistula lagrimal observada en Argelia dice: La fistula lagrimal es comun en los colonos de Orán y de otras ciudades de la regencia; ésta enfermedad así como la ambliopia establecen una especie de linea de demarcacion entre las enfermedad de los ojos en los indigenas y en los Europeos, de las ciurdades de Argelia. Bien pueden examinarse, gran número de árabes de las ciudades y de las tribus, sin encontrar un solo caso de fistula lagrimal.

En los moros y en algunos árabes, suele observarse lagrimeo á consecuencia de bléfaro-conjuntívitis crónicas, y ocasionados por la replesion del saco y por relajamiento temporal de los puntos y conductos lagrimales; pero las enfermedades francas del aparato secretor y escretor de

las lágrimas son exesivamente raras. Es bien dificil dar una explicacion de este hecho: yo creo sin embargo que se puede atribuir á la sequedad natural del ojo en los árabes, sequedad que es probablemente debida al calor escesivo del clíma ó á la manera enérgica y contínua con que ejerce sus funciones la piel. »

La elevacion ó depresion del maxilar superior, la lonjitud y los díámetros del canal nasal, que como se sabe varía segun las diferentes razas será la causa de la rareza de la fístula lagrimal, en los Africanos.

Nosotros no nos atreverémos a áfirmarlo no habiendo investigaciones especiales sobre éste punto. »

No recordamos si al establecernos en la Habana, habiamos leido ya éste pasage de la obra de Furnari, y si lo leímos, cuando dimos principio á nuestros observaciones no nos llamó la atencion la rarera de la fístula lágrimal en los Africanos y sí el encontrarla con más frecuencia en los peninsulares entre los primeros enfermos que asístimos. Cuando en 1875 escribimos una memória para nuestra Academia de Ciencias médicas, intentamos ocuparnos de este punto, más por los escasos datos que entonces teniamos reunidos, lo omitimos, sintiendolo despues por que el Dr G. Sous de Burdeos al hacer el análisis de nuestra memoría se expresa así: « Antes de concluir éste análisis nos permitirémos llamar la atencion del Dr J. Santos Fernandez sobre una cuestion que su posicion la permitirá estudiar facilmente. El canal nasal es más ancho en los negros que en los blancos, se ha concluido de ésto que las afecciones de las vias lagrimales eranmas raras entre los primeros. El Dr J. Santos

Fernandez podrá clasificar en su estadistica los casos de afecciones de vias lagrimales teniendo en cuenta la raza de los enfermos. Esto nos hará saber si los negros están ménos predispuestos á estas afecciones que los blancos. »

Nuestro aprecible colega de Burdeos que tan digno es de prestarle atencion, por el merecido puesto que ha conquistado en la oculística, quedará complacido con el cuadro que a continuacion se vé.

AFECCIONES DE LAS VIAS LAGRIMALES

OBSERVADAS EN LA ISLA.

Cuadro nº 2.

| NUMERO GENERAL de enfermos. | SOLO de las vias. | TANTO por ciento. |
|---|---|---|
| 920 Peninsulares. | 44 | 4 3/4 p. 100 |
| 1,980 Insulares. | 49 | 2 1/2 p. 100 |
| 162 Canarios. | 13 | 8 p. 100 |
| 80 Diferentes. | 2 | 2 1/2 p. 100 |
| 181 Pardos. | 2 | 1 1/10 p. 100 |
| 352 Negros criollos. | 6 | 1 3/4 p. 100 |
| 100 Idem Africanos. | 1 | 1 p. 100 |

Pasémos a explanar este cuadro sinóptico.

En 920 enfermos peninsulares 44 resultan afectades de vas lagrimales; en 1.980 insulares 49; en 162 canarios 13; en 100 negros africanos solo aparece 1 afectado de vas lagrimales entanto que en 352 criollos encontramos 6 y en 181 pardos ó mulatos aparacen 2. La proporcion es pues de 4 3/4 0/0 para los Peninsulares,

2 1/2 para los insulares, 8 0/0 para los canarios, 1 1/10 para los pardos, 1 3/4 para los negros criollos y 1 0/0 para los africanos.

De lo anterior se desprende que las afecciones de vias lagrimales son más frecuentes entre los canarios y peninsulares que en los insulares, en estos más que en los pardos y negros criollos los cuales á su vez presentan mayor numero de casos que en los africanos, donde se vé el minimun de frecuencia de una manera resaltante.

Este cálculo se presta á las consideraciones siguientes. Si el menor número de afecciones de vias lagrimales en los negros africanos depende de la amplidud del canal nasal propio de la raza, el mayor número de estas afecciones en los Peninsulares revelará la inmensa distancia á que se halla una raza de la otra.

Siendo doble el número de afectados de vias lagrimales en los Peninsulares que en los insulares, ¿no podrá esplicarse este hecho fijandonos en que el contacto de las razas en el pais puede producir más facilmente la mezcla de ellos, lo que no ocurre en los lugares de Europa donde solo existe la blanca?

Es indudable que se sublevará más de un espiritu al ver con estos números en tela de juicio la pureza de su sangre, que constituye uno de los timbres más estimados de nuestra raza; pero está por demás que afirmemos no venir á sustentar tales ó cuales concluciones por más que halaguen ó contrarien nuestra vanidad ó nuestros timbres de gloria. Somos los primeros en presentar una estadistica comparativa de las diversas razas de nuestro pais

y al acumular los hechos nos encontramos con estas consideraciones que sometidos á nuevas pruebas podran prestar alguna utilidad para investigaciones subsecuentes.

La presencia del medio en que se vive ó sean las condiciones mesológicas pueden esplicar tambien el hecho que señalamos, pues todos sabemos la identidad climatologica de nuestro pais con el territorio de Guinea, de donde proceden nuestros africanos (1). Si los canarios á pesar de ser africanos guardan analogia con los peninsulares tratandose de las affecciones del canal nasal, justo es confesar que no se hallan aquellos en la misma latitud ni á la misma altura sobre el nivel del mar.

## II.

En 1875 al ocuparnos de los trastornos de la refraccion en la raza negra, deciamos (2). « De los trastornos de la refraccion no nos ha sido posible hacer un estudio tan detenido como hubreramos deseado; no ha sido escaso el número de miopes relativamente al de enfermos asistidos, pero casí todos ellos de la raza blanca; tan solo en uno de la raza negro hemos podido sospechar la miopia sin que hubíeramos tenido ocasion de comprobarla. Esta escases de miopes en la raza negra parece confirmar la opinion emitida de que la frecuencia de la miopia en un pais revela los progresos de su civilisacion. »

Todos sabemos la ignorancia en que viven sumidos

(1) *Hygiène de Proust*, t. II.

(2) *Consideraciones sobre enfermedades observadas en la Isla de Cuba. Discurso inaugural.*

los pobres negros, en su mayoría esclavos. Traidos los unos salvages del Africa, para seguir síendolo aquí mutatís mutandi: nacidos los otros en la Isla bajo la norma de sus padros; aquellos desconocen la lengua castellana y estos en la presentan tan varíada que apenas se la reconocc. Encontrár un individuo de la raza negra que sepa leer y escribír es cosa bastante raraesto solo basta a demostrar el estado de su civilisacion pues por el número de individuos que sepan leer en una nacion se puede deducir su adelanto ó rémora en la via del progreso intelectual.

Apesar de que parece demostrada la escasez de miopes en la raza negra, no lo está bajo el punto de vista de que las investigaciones deben hacerse en condiciones abonadas para que la luz de la verdad resplandesca en cualquier sentido y no siempre en el que á priori habiamos tenido por cierto.

No siendo la miopia una enfermedad de lavista, mienstras no traiga complicaciones, sino más bien una disposicion especial del ojo que acorta el limite de la vision á distancia; no impidiendo que el individuo se consagre á sus tareas, sobre todo si son rurales, es posible que puedan existir miopes en la raza negra sin que nosotros los tallamos observado. »

Estos reflexiones nos las habian sugerido entonces ademas de otros trabajos que no recordamos en este momento un capítulo de una obra de Giraud Telon que dice; « *La miopia es un producto de la civilizacion.* » Todas las miopias no son progresivas; si el sugeto se coloca desde el principio en condiciones favorables, si aparta

con cuidado toda causa de acrecentar la presion intra-ocular como es la convergencia mas ó menos pronunciada de los ejos ópticos, puede tener fundada esperanza de prevenir los progresos de la miopia.

Llévese al campo ó colóquese en un navio al jóven miope, prohibasele fijar los ojos en un libro ni tomar en sus manos ningun instrumento delicado y la miopia seguramente no progresará y si es ligéra ó de un grado mediano experimentará mejoria.

Pero si por el contrario el joven miope al salir del colegio, continúa durante largos años, sin conocer ni seguir las reglas higiénicas á las cuales debia someterso, si se consagra á trabajos que exigen la aproximacion de los objetos entónces no temáis decirlo su miopia está llamada á la progresion continua y amenazada de todas las consecuencias de la distension incesante de las membranas oculares. I este resultado es mas de esperar si el jóven pertenece á una familia en la cual la miopia es hereditaria; en este caso inevitablemente se presentan los síntomas de la insuficiencia de los músculos rectos internos, anomalía en la cual se debe reconocer, como lo hemos hecho ver (1), el verdadero punto departida de la distencion del globo ocular.

La miopia reposa pues sobre una predisposicion hereditaría ó congénita, pero las circunstancias que la desarrayan son todas un producto de la civilizacion. Las poblaciones rurales, pastorales, los militares sacados de los campos, no cuentan, sino una débíl proporcion de míopes. Es decir por esto que la vida de las ciudades, la

(1) V. *Anales de Oculistique*, Diciembre 1866.

vida industrial les ocupaciones de gabinete, la crean per completo, en organos primitivamente regulares? Se podría creerlo, y sin embargo las estadisticas no apoyan ésta opinion. La aplicacion de la vista á corta distancia desarraila infaliblemente toda predisposicion á la miopia, pero parece que paradar lugar á una miopía bien marcada es preciso antes que todo la existencia de una predisposicion á la coroiditis. Las investigaciones oftalmoscópicas hechos en gran número de individuos permiten avanzar ésta proposicion que la miopia confirmada exige el concurso de dos elementos; 1° predisposicion hereditaria ó congénita dependiente de un exceso de tension ocular habitual: 2° perseverancia durante una, ó várias generaciones de las causas productivas, a saber: el ejercicio de la vision acompañada de grandes convergencias ó á distancias muy cortas. La miopia sería pues una enfermedad propia de una raza, si en ésta se hiciera habitual lo costumbre de consagrárse á trabajos en que hay que acercar los objetos.

Termina Giraud Telon, manifestando que éstas consideraciones son de alto interés para el porvenir de las jóvenes generaciones y que no solamente las familias y los médicos le debiéran prestar grande atencion sino y tambien los cuerpos consagrados á la higiene.

Uno de los témas puestos á discusion en el último congreso périódico internacional de ciencias médicas que ha tenido lugar en Ginebra fué la *etiologia y propilaxia de la miopia*. El siguiente estracto de la discusion que oportunamente nos remitió nuestro apreciable colega el D$^{r}$ Mintiguiaga residente en Paris probará cuan importante es

el punto que nos ocupa y cuan lejos está de ventilarse, mientras no se reunan muyores datos.

Iniciada la discusion el Dr Galesowski combatió la opinion de que los pueblos civilizados cuentan mayor número de miopes que los otros; para apoyar su aserto cita lugares de Italia y Francia en que la miopia es frecuente entre las personas poco instruidas inclinandose á creer sea debido a una influencia de raza.

Dor, con éste motivo dá cuenta de sus observaciones echas en el liceo de Lyon en 1016 escolares de 7 a 21 años resultando que 25. 78 por ciento eran miopes y que en 31. 8 por ciento se ha visto comprobada la herencia concluyendo que en Francia hay ménos miopes que en otros paises.

Haltenhoff, ponente del tema no níega esta conclusion, pero lohace respecto á la influencia de las razas citada por Galesowski. Lyon, Pisa, Paris y Berlin, dice, no son pobladas de razas distintas. Otras causas deben evidentemente entrar en juego, pero sin-negar la influencia hereditaria, cree que sería necesario para demostrarlo formar cuadros de refraccion, en las familias durante muchas generaciones. Termina concediendole mayor importancia á la influencia preponderante del trabajo ocular.

Dor, por el contrario da más valer á la intervencion predominante de la herencia.

Despues de una lígera discusion la sesion formuló las conclusiones signientes en siete articulos.

1ª Las causas ordinarias de la miopia son la herencia

y el trabajo ocular cuya influencia puede ser aislada ó combinada.

2ª La hipermetropia puede transformarse en miopia provocada por la influencia del trabajo ocular y pasando por la emetropia y miopia de corvadura.

3ª Los progresos de la civilisacion y sobre todo de la instruccion tienden á aumentar la estension de la miopia.

4ª La predisposicion á la miopia adqurida, es con frecuencia, pero no siempre, hereditaria. La influencia de la raza acerca de ésta predisposicion es un punto no resuelto todavia.

5ª Tres son los factores principales que concurren a producir lesiones anatómicas de la miopia progresiva en los individuos predispuestos y durante el trabajo ocular La acomodacion, la convergencia de los ojos visuales; y la congestion oculo-céfalica.

6ª Las condiciones de edad, del alumbrado, la naturaleza de los objetos fijados y el estado del aparato visual influyen poderosamente en el desenvolvimiente de la miopia.

7ª La propilaxia de la miopia encierra em gran número de medidas de higiene individual escolar y dómestica.

Estas son en gran parte realizables con el concurso de los médicos, de los que se dedican al magisterio y de la autoridad. Debe contarse entre estas medidas el uso de los vidríos convexos para el trabajo en los hipermétropes.

De todo lo espuesto sobre la causa productura de la miopia y despues del estudio hecho en la raza negra debe-

mos inclinarnos a creer que á pesar de no haber encontrado un solo miope en los individuos de color asistidos en nuestra clinica, la rareza de la miopia en la raza negra depende mas de la clase de trabajos á que se dedican que del clima ó de una disposicion orgánica. Queriendo adquirir la conviccion de ello no trasladanos al ingenio « Recurso » del Sr. Dr. Juan Sanchez Toledo con objeto de hacer nuestras investigaciones de la manera más adecuada al fin que nos proponciamos. Consagranos un dia á examinar la dotacion y de ésta extrahinos más de trenta en cuyo erconocimiento empleamos todo el tiempo. No encontrámos ningun miope y por el contrario sospechamos en algunos hipermetropia.

Sin embargo aun no podemos pronunciarnos en favor de una idea á otrá. Furnari (1), nos señala está misma ausencia de la miopia en la raza árabe ó indigena de Argelia y aunque aquellos se encuentran en las mismas condicions climatológicas que nosotros y los habitantes del Golfo de Guinea, la raza es otra mientrás que el género de vida de aquellas indigenas es mas afine del de nuestros esclavos. Ademas de que Furnari atribuye tambien la rareza de miopia en los árabes á sus costumbres y á su vida nomada.

Nosotros sospechamos que si las investigaciones se multiplicasen resultaria que la hipermetropia en la raza negra sería el vicio de refraccion más frecuente. Para comprobarlo, seria necesario examinar individuos sanos y en gran número porque como hemos dicho mas arriba los individuos de la raza negra por su condicion

(1) Pág. 37.

no van al facultativo síno cuando estan enfermos y no para proporcionarse anteojos que le permitan, leer mejor, ó ver desde un palco lo que para en el escenario de un teatro.

Decimos que sospechamos y no que comprobamos por que para lo segundo necesitariamos más exámen que el oftalmoscopio único posible, pues los negros no saben leer, ni la mayoria énhilar una aguja por ser operacion demasiado delicada para gentes acostumbradas á manejar tan solo el arado o la azada. El oftalmoscopio puede por sí solo si se quiere indicar la hipermetropia pero si se quiere diagnosticar con precision esta ametropia debemos recurrir al exámen de la agudeza visual y á la interposicion de los cristales usados en tales circunstancias.

Si bien el número de examinados fué escaso sirvió por lo ménos para aminorar mis temores de que si en la clínica no habia tenido negros miopes dependeria de que aquellos no considerarian como enfermedad la miopia ni pedirian para ella consulta. Le prodriamos dar más valor si reflexionamos que si de 100 individuos blancos estraemos 30 esposible que se encuentran miopes con tanta mayor se guridad sí se hace en una poblacion como la Habana.

A manera que en las afecciones de Vias lagrímales hemos visto los africanos ó sus descendientes de la raza negra guardar cierta analogia con los Insulares en lo que se refiere á la estructura del canal nasal, así respecto á la refraccion encontramos tambien cierta semejansa pues entre los insulares que hemos observado re-

sulta haber mayor número de hipermetropes que entre los peninsulares.

REFRACCION

Cuadro nº 3.

| NUMERO DE ENFERMOS | MIOPIA | HIPERMETROPIA |
|---|---|---|
| 1.980 Insulares. | 65 | 86 |
| 920 Peninsulares. | 22 | 15 |
| 181 Pardos ó mulatos. | 1 | 6 |
| 352 Negros briollos. | 1 | 0 |
| 100 Negros Africanos. | 0 | 0 |

## III.

La tercera y ultima parte de este bosquejo de estudio sobre las enfermedades de los ojos en las diversas razas de esta Isla se refiere como hemos indicado á lo observado en los Asiáticos ó Chinos.

Estos individuos trasportados á este país, la primera vez el año de 1847, por la junta de Fomento, no volvieron á visitar nuestros puertos síno cinco años despues. Desde esta epoca creció cada vez más el espiritu de colonizacion asiatica, y repetidas espediciones se sucedieron hasta 1873.

No es crecido el número de asiaticos recibidos en nuestra clínica durante los tres años no completos que lleva de instalada. Talvez se atribuya á que son pocas las enfermedades de los ojos en esta raza, pero no es asi, pues

la predispocision á contraerlas, si no aseguramos sea en ellas mayor que en las otras, por lo menos afirmamos que existe suficientemente.

La cifra exigua que advertimos en relacion con el no escaso número de chinos avecindados en la Habana depende á nuestro modo de ver de que estos desgraciados ó se tratan las enfermedades ellos mismos ó son trasladados á los Hospitales en un estado ya lastimoso.

En 4,000 enfermos de la clinica 42 pertenecen á la raza mongólica y de los cuarenta y dos 30 fueron afectados de la conjuntiva y la cornea.

Sabido es que las afecciones de estas membranas son muy especialmente patrimonio de los temperamentos linfáticos y de los individuos escrofulosos. Los chinos son en general linfáticos, y más que linfáticos escrofulos, y aun más pudieramos decir, caquécticos. No solo á los médicos, sino á los profanos no habrá pasado desapercibida la verdad de nuestra apreciacion. Desde que tenemos chinos en Cuba las filas de los valetudinarios pordioseros y ciegos se han engrosado, formidablemente. No faltan á las puertas de los templos reforzando la guardia necesaria para alarde de caridad, ni dejan de tocar á nuestras puertas en determinados dias de la semana con el acento que les es caracteristico. El temperamento linfático tan afine de la anemia sobre todo sí recae en indíviduos de mayor edad resplandeció en nuestros asiaticos desde la primera hasta la ultima de las espediciones que nos los trajeron á estas playas.

El Dr. Gallardo en sus lecciones sobre el Beriberi da-

das en esta facultad, queriendo acusarlos de importadores de esa enfermedad desconocida antes en la Isla, nos proporcionalos datos siguientes.

Las dos primeras espediciones llegadas de Amoy en 1847 con 612 asiaticos tuvieron 35 muertos.

Otras dos traidas por empresas particulares en Febrero de 1853, dieron lugar al desarrollo del colera.

En Mayo del mismo año llegó otra con solo 249 chinos de 300 que salieron de Macao, muriendo varias al desembarcar y siendo atacados en gran número de hidrotorax y ascítis.

La que salió de Hong-Kong en asgosto de 1856 perdió 134 individuos de trescientos treinta y dos que traia, es decir un 54 por ciento.

Cita el autor otras muchas que para no pecar de prolijos omítimos y que apoyarian lo que á proposito de ello manifestó el Dr. Dupieris llamado para emitir su parecer, dijo, que las enfermedades que acometen á los colonos asíaticos proceden de un desórden de la hematósis, la cual afecta luego al sistema nervioso ; entre las causas de este desórden estan los vermes y el uso del ópio y las enfermedades más comunes ó casí exclusivas de ellos, causándoles la muerte en el viaje y aun despues que estan en el depósito, son el anasarca, los helmintos, las hemorragias pasivas, los flujos mucosos por el ano y todo cuanto puede proceder de la escases de gobulos rojos de la sangre.

Esa naturaleza empobrecida de los asiáticos se atribuye á la miseria que sufren en su pais, y al uso esclu-

sivo del arroz insuficiente como alimentacion por contener escasa materia azoada y pocos principios minerales, ademas el abuso del opio que como esta probado por los fisiologos disminuye la actividad funcional del individuo.

La condicion de los asiaticos no mejora altomar posesion de este suelo, pues siguen apegados al mismo uso é identico abuso.

Dadas las condiciones precarias de la constitucion de los chinos es de suponer que el triunfo sobre las enfermedades en general debe ser muy limitado y sucede lo mismo tratándose de las enfermedades de los ojos que hemos mencionado en ellos. En su mayoria terminan fatalmente.

Si fuese este el momento apropiado para pronunciarnos en contra de la colonizacion asiática como médicos tendriamos sobrados argumentos, pero los omitimos y solo insistiremos en afirmar que el número y la gravedad de las afecciones de la cornea y de la conjuntiva en los chinos es dependiente de su temperamento.

En otra ocasion al ocuparnos de la oftalmia purulenta en la Isla de Cuba atribuimos la gravedad de esta afeccion entre nosotros á la elevada temperamentura de nuestro clima, y hasta sospechamos que aquella influyese de alguna manera en la naturaleza del pus; hoy despues de nueva observaciones seguimos creyendo como ayer en la misma influencia pero no creemos que cambie la naturaleza del pus sino que haciendo perder á los tejidos la tonicidad que les proporciona el frio, enervando los individuos favoreciendo el desarrollo del linfatismo y

la anemia, aumenta la supuracion, y prolongada esta y bañando tejidos de tan poca vitalidad como los de la córnea, viene su reblandecimiento, su perforacion y en una palabra, la perdida de la vision.

# INDICE

PREFACIO. . . . . v

CAPITULO I. — I. Trastornos del aparato de la vision en las fiebres palúdeas y accidentes á que puede dar lugar su ineludible tratamiento por el sulfato de quinina. — Accion del miasma paludeo, sobre la economia, en el órgano de la vision.— Nervio óptico-retina y coroides, Gueneau de Mussy,— Galezowsky, — Panas, — Poncet de Cluny, — Trousseau. — Observaciones. — Accion de las alcohólicos. — Conclusiones. — II. Descubrimiento y propagacion de la quina, — de la quinina, — Su accion sobre la vision. — Casos de De Grœfe, — Deval, — Wecker,— Lucas —Championnière, — Béranger Féraud, — Dr. Andrès. — Observaciones. — Comparacion de la accion del mias ma paludeo y de la quinina. — Esperiencías. — Conclusiones. . . . . 1-34

CAPITULO II. — Ambliopia congenita debida al estado rudimentario de ambas papilas. — Afecciones hereditarias congénitas casos de Græfe y Leber, — Alexander, — Daguenet y Galezowski, — Newman, — Brieré, — Robert-Oglesby. — Observaciones antecedentes. — Agudeza visual.— Examen oftalmoscopico.— Cloroformo. 35-40

CAPITULO III. — Amaurósis, congénita, curada espontáneamente á la presentacion de la primera época menstrual. — Influencia de la menstruacion sobre el organismo. — Brière de Boismont. — Observaciones. . . . . 41-47

Capitulo IV. — De los enfermedades del nervio óptico por causa cerebral. — Aplicacion del oftalmoscopio al estudio de las afecciones cerebrales. — Iª observacion de De Graefe. — De la cerebroscopia. — Observaciones. . . . . 48-60

Capitulo V. — De la hiperestesia retiniana en general y de la observada en algunas personas despues del eclipse de Julio de 1878.—De la luz. — Hiperestesia retiniana. — Historia antes y despues del oftalmoscopio. — Casos de Gayet y Fontana. — Etiologia. — Sintomas. — Diagnostico. — Curso y duracion. — Pronóstico. — Tratamiento. — Observaciones. . . . . 61-71

Capitulo VI. — De la ambliopia alcoholica. — Primera descripcion de Sichel. — Idem de Galezowski. — Daguenet Apostoli. — Sintomas oftalmoscopicos. — Herschler de Pesth. — Quaglino. — Atrofia de la mitad interma de la papila. — Examen de nuestras observaciones. — Licores alcohólicos.— La Gínebra. — Observaciones.— Estadistica. — Reflexiones del Dr. Reyes acerca del abuso de bebidas alcohólicas en la Isla de Cuba. — Deducciones. . . . 92-97

Capitulo VII. — Filaria en el cuerpo vitreo. — La filaria. — Su existencia en el aparato ocular.— Comprobada por Carron du Villards, — Guyon, — De Græfe,— Rudolphi y Mackenzie.— Casos de filaria en el humor vitreo por Quadri y Fano. — Observacion. . . 00-00

Capitulo VIII. — Del glioma de la retina. — Sinonimia. — Observaciones. — Etiologia. — Diagnóstico diferencial. . . . . 103-112

Capitulo IX. — Del sarcoma de la coroides. — Rareza de observaciones en nuestra literatura. — Observacion. — Diagnóstico. — Brière, — Knapp y Otto, — Bœcker, — Wecker.— Sintomas y etiologia. — Tratamiento. — Observaciones nuevas. — Muger enbarazada. — Operacion con cloroformo. — Exito.— Muger de 50 años. — Enucleacion y cauterizacion.— Curacion.— Reflexiones. 113-127

Capitulo X. — De la iritis de forma neurálgica. — Formas de la iritis. — Idem neurálgica. — Observacion. — Influenciá del tratamiento. Observacion. — Reflexiones . . . . . 128-133

Capitulo XI. — De las opacidades de la córnea en el claustro materno. — Afecciones del feto seguo Joulin.— Opacidades congénitas de la córnea observada por Tavignot. — Observacion. — Génesis y etiólogia segun d'Ammon y Tavignot, — Steffan. — La nuestra basada en la de Rivaud Laudrau. . . . . 134-141

Capitulo XII. — De las manchas metálicas de la córnea y de la fotofobia que los acompaña. — La fotofobia — Patogenia. — Usos del plomo en las afecciones oculares, — Su accion sobre las ulceras de la córnea. — Observaciones. — Reflexiones. . . . . 142-148

Capitulo XIII. — Tratamiento de la oftalmia granulosa por la escision del fondo de saco conjuntival. — Del diagnóstico de las granulaciones. — Pronostico y tratamiento. — Operacion de Galezowski. — Informe de Mr. Terrier.— Su refutacion. — Observaciones. 149-161

Capitulo XIV. — Un caso de enfisema de los parpados. — Causas y diagnóstico. — Observacion. . . . . 162-165

Capitulo XV. — Canicie de las cejas y de las pestañas. — Cambio de coloracion de los cabellos. — Canicie de los cejas y pestañas observada por Deval y Desmarres. — Observacion. — Reflexiones. . . . . 166-168

Capitulo XVI. — Quistes de la cavidad orbitaria.— Observaciones.— Etiologia.— Sintomas, diagnóstico y tratamiento. . . . . 169-178

Capitulo XVII. — De la posicion del enfermo y del cirujano en las operaciones de los ojos y de un sofá portátil en relacion con aquella. — Del empleo de los anestésicos.— Importancia de la posicion del enfermo para el operador. — De los sillones camas de operaciones.— Un nuevo sofá, sus ventajas para el operador y asistentes. — Enpleo del cloroformo. — Precauciones en su administracion. — Indicaciones . . . . . 179-188

Capitulo XVIII. — De la eserina en la operacion de la catarata. — I. Nuestros primeros ensayos.— Observaciones. — Indicaciones. — II. Ensayos de De Wecker, Ch. Bell Faylor y del Toro de Cadiz.— Accion de la eserina sobre el iris hernía do ó escindido.— Observaciones.— Reflexiones. . . . . 189-198

Capitulo XIX. — Un accidente no comun en la operacionl dnea cat rata, por el método de De Graefe.— Su causa, pronóstico y tratamiento.— Accidentes que pueden sobrevenir en una operacion de catarata.— El crístalino opaco no puede estraerse.— Observaciones y reflexiones. . . . . 199-204

Capitulo XX. — De ciertos fenómenos nerviosos como el delirio, observado despues de la operacion de la catarata. — El delirio despues de la operacion seña lado por Sichel Borrelli y Warlomont. — Causas.— Sintomas.— Diagnóstico y pronostico. — Tratamiento.— Observaciones.— Reflexiones. . . . . 205-217

Capitulo XXI. — Cuerpos extraños de la cámara anterior del ojo, su diagnóstico, pronostico y tratamiento. — Historia.— Rareza de observaciones. — Casos de Yvert, Desmarres, Dixon, James, Somisch, Wecker. — Divison. — I. Procedentes del esterior.— Causas, sintomas y diagnóstico.— Pronostico y tratamiento. — Observaciones. II. Procedentes del interior del ojo. — Causas, sintomas, diagnóstico, pronostico, tratamiento. — Observaciones. — III. Nuevas observaciones. . . . . 218-232

Capitulo XXII. — Contribucion al estudio del Pterigrin. — Su naturaleza descrita por Testelin y Warlomont. — Marcha. — Observacion.—Causas segun Scarpa, Chelmos y Velpeau, Mackenzie y Beer. — Esperiencias de Winthen, Hippel y Storogeft. — Influencia de los climas cálidos notada por Laurence y Soelberg Welles. — Mackenzie. — Hineken. — Desmarres y Wecker. — Delgado Jugo de Madrid.— Carreras y Arago de Barcelona.— Nuestra estadistica en Cuba.— Su estension y número.— Observacion.— Sitio.— Y forma. — Edad, nuestra estadistica en España y én la Habana. — Observacion. . . . . 233 242

Capitulo XXIII. — Algunas consideraciones sobre las enfermedades de los ojos en las diversas razas que habitan la Isla de Cuba. 243-262

## FÉ DE ERRATAS

Causas agenas á nuestra voluntad nos han impedido hacer las correcciones necessarias : esperamos sean salvadas sin dificultad por el lector.

Señalaremos solo las siguientes.

| Página | Linea | Dice | Debe decir |
|---|---|---|---|
| 20 | 9 | Se anuncia de tiempo en tiempo. | Se annncia de tal modo que se vé la sangre pasar por pequeños chorros de tiempo en tiempo. |
| 73 | Capitulo VI. | De la ambliopia alcohólica. | De la ambliopia alcohólica e la Isla de Cuba y de un sin toma coadjuvante no descrito para diagnósticarla. |
| 162 | Capitulo XIV. | Un caso de Enfisema delos paspados. | Un caso de Enfisema delos párpados. |

TYPOGRAPHIA DE V, GOUPY Y JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

28.D.326
Clinica de enfermedades de los 1879
Countway Library
BET5468
3 2044 046 008 116

28.D.326
Clinica de enfermedades de los 1879
Countway Library BET5468
3 2044 046 008 116